

prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS

Vol. I

DOSSIER
38

Regione Emilia-Romagna
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS

Vol. I

**DOSSIER
38**

**Regione Emilia-Romagna
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna**

A cura di:

Marco Biocca e Eleonora Corciolani
CDS - Centro di documentazione per la salute
Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Alba Carola Finarelli e Lucia Droghini
Assessorato alla sanità
Regione Emilia Romagna

Luciana Orlandi
Azienda USL Modena

Redazione a cura di: Grazia Gliozzi e Federica Sarti (CDS)

Impaginazione a cura di: Federica Sarti

Stampa: Ravenna, settembre 1998

Copia del volume può essere richiesta a

*CDS - Aziende USL Città di Bologna e Ravenna
via Gramsci 12 - 40121 Bologna
tel. 051/6079933 - fax. 051/251915
e-mail: cdocsal@iperbole.bologna.it*

INDICE

Volume I

Presentazione	pag. ix
Introduzione	“ 1
Sezione I	
Interventi per la prevenzione dell'AIDS tra i giovani e nel mondo della scuola	
<i>Coordinatori: P. Cundo, D. Rebecchi e P. Salvini</i>	“ 19
Introduzione	“ 21
Conclusioni	“ 23
Esperienza della lega volontari anti-HIV di Ravenna in alcune classi (terze quarte e quinte) di scuole medie superiori <i>G. Amadori e M. Zambianchi</i>	“ 29
Educazione affettiva e sessuale nella scuola dell'obbligo per la prevenzione dell'AIDS. Progetto poliennale di formazione degli insegnanti <i>G. Ambanelli, A. Tessonni, L. Ferrari</i>	“ 33
L'impegno del consultorio giovani di Ravenna nella prevenzione dell'AIDS: presentazione di tre tipologie di lavoro <i>M.L. Andreghetti e E. Saviotti</i>	“ 37
AIDS: sempre meno un'emergenza sanitaria, sempre più un problema educativo <i>U. Baldari, P. Galassi e L. Raffuzzi</i>	“ 51
Progetto prevenzione AIDS <i>G. Baroncini</i>	“ 65
360° spazio giovani a Rimini <i>L. Belloni e T. Trappoli</i>	“ 67
Ricerca sui comportamenti a rischio di infezione da HIV per via eterosessuale nella popolazione giovanile a Modena <i>E. Bertolani</i>	“ 71
La prevenzione va a scuola <i>A. Cervi, R. Cervi, E. Catellani e C. Cavatorti</i>	“ 73
Il meeting annuale con i giovani: un esempio di promozione della salute in collaborazione con gli adolescenti <i>P. Cundo e P. Salvini</i>	“ 81
La prevenzione dell'AIDS in ambito scolastico a Rimini <i>A. Chiadini, D. Pagliarani e T. Trappoli</i>	“ 87
Materiali multimediali per la prevenzione dell'AIDS nei giovani <i>A. Chiadini, D. Pagliarani e T. Trappoli</i>	“ 91

Progetto di formazione docenti per la prevenzione dell'HIV nelle scuole superiori e nei centri professionali della provincia di Ferrara: stato di attuazione e verifica di efficacia del modello di intervento <i>M. Darbo e P. Bassi</i>	pag. 95
Un'esperienza di educazione tra pari sul tema dell'AIDS nelle compagnie a Imola <i>E. Dazzani in collaborazione con G. Gasperetti e S. Damiano</i>	“ 105
AIDS: le opinioni di un gruppo di studenti <i>M.D. Delfino</i>	“ 109
Dalla prevenzione dell'AIDS all'idea di salute: un percorso per gli insegnanti delle scuole medie superiori <i>C. Gabrielli, R. Marzola, P. De Cosimo e M. Durante</i>	“ 117
AIDS: un'esperienza di educazione fra pari negli istituti di scuola media superiore della provincia di Bologna <i>G. Gasperetti, C. Cislighi e C. Bonini</i>	“ 127
Corso di educazione sessuale in tutte le classi seconde di cinque istituti di scuola media superiore nell'anno scolastico 1996/'97 <i>A. Girotti</i>	“ 151
Attività di prevenzione e di informazione in scuole e gruppi giovanili <i>S. La Ferrara</i>	“ 153
Inclusione di un gruppo significativo di insegnanti delle scuole medie superiori e professionali di Ferrara e provincia in un progetto di prevenzione HIV. Analisi e valutazione del processo di formazione <i>E. Margutti</i>	“ 157
La formazione degli insegnanti nell'educazione socio-affettiva e sessuale <i>P. Marmocchi</i>	“ 163
La prevenzione dell'HIV nella scuola media superiore con il metodo dell'educazione socio-affettiva <i>M. Martoni</i>	“ 167
Ricerca sperimentale per una valutazione di efficacia degli interventi di educazione alla salute e prevenzione dell'AIDS <i>S. Minguzzi, E. Saviotti e G. Baroncelli</i>	“ 173
Prevenzione dell'AIDS e contatto con le emozioni: dalla formazione degli insegnanti all'educazione tra pari <i>C. Molinari</i>	“ 177
Informazione, formazione, prevenzione: “Conoscere l'AIDS” <i>Istituto Tecnico Femminile “F. Selmi”, Modena</i>	“ 179
Educazione fra pari: una proposta metodologica per la formazione dei leader <i>P. Plazzi</i>	“ 185
Divulgazione nelle scuole bolognesi del sistema informativo geografico urbano (SIGU) per lo studio della tossicodipendenza e dell'etilismo <i>S. Sabbatani</i>	“ 187

“Prevenzione dell’AIDS in ambito scolastico”. Corso di formazione per insegnanti delle scuole secondarie di I grado a Modena nell’anno 1996 <i>C. Florini, A. Franca, N. Marzi, D. Rebecchi, A. Riccò, L. Grandori, L. Orlandi, M.Pantaleoni e C. Ovi</i>	pag. 193
Educazione all’affettività e alla sessualità: progetto di formazione per insegnanti delle classi terze delle scuole secondarie di primo grado della provincia di Modena <i>Operatori del Dipartimento Salute Donna e Educazione alla Salute, Azienda USL di Modena</i>	“ 201
Ragazzi e insegnanti insieme per la prevenzione dell’AIDS. Sintesi del corso formativo “AIDS e malattie trasmissibili” <i>E. Tosca e L. Pampari</i>	“ 203
Esperienze dell’Istituto tecnico statale geometri “Tramello” di Piacenza nell’anno scolastico 1995/1996	“ 211
Esperienza del liceo classico “M. Gioia” classe terza liceo sez. C	“ 215
Che cosa è per te l’AIDS? Esperienza di lavoro in sei classi del liceo scientifico di Reggio Emilia <i>A. Zannini, G. Nicotra e G. Samaritani</i>	“ 217

Volume II

Sezione II

Interventi rivolti agli adulti e ai gruppi specifici <i>Coordinatori: S. Borsari, B.M. Carozzo e M.M. Russo</i>	“ 221
Introduzione	“ 223
Conclusioni	“ 225
Prevenzione dell’infezione da HIV nella popolazione generale e formazione del volontariato: l’esperienza della Sezione di Malattie Infettive di Forlì nel triennio 1995-1997 <i>F. Allegrini, F.C. Cancellieri, A. Mastroianni e S. Pignatari</i>	“ 235
Indagine sui comportamenti sessuali e tossicomani di oltre 500 tossicodipendenti seguiti dai SERT e dalle Comunità terapeutiche dell’Emilia-Romagna <i>R. Bassi, L. Montanari, R. Bosi e S. Cifiello</i>	“ 237
Progetto Telefono Verde AIDS del SERT di Riccione <i>D. Casalboni, M.P. Mariani e M. Montalti</i>	“ 239
Progetto riduzione del danno a Rimini <i>D. Casalboni, M. Salaris, M. Malpassi e M. Montalti</i>	“ 243
Prevenzione dell’infezione da HIV nella popolazione adulta: ruolo del Centro per malattie a trasmissione sessuale <i>A. D’Antuono</i>	“ 251
Attività di prevenzione AIDS: le strategie in atto al SERT di Ravenna <i>V. Foschini, S. Briani, G. Cortesi e E. Girotti</i>	“ 255

Telefono Verde anonimo AIDS dell'Emilia-Romagna <i>G. Fattorini, M. Zanotti, C. Lazzari, O. Podo e E. Di Crescenzo</i>	pag.	257
Trend nei comportamenti sessuali a rischio di HIV rilevato tramite il Telefono Verde AIDS dell'Emilia-Romagna <i>C. Lazzari, G. Fattorini, O. Podo, E. Di Crescenzo, D. De Ronchi e P. Costigliola</i>	“	265
Il Laboratorio sulla salute: solidarietà, conoscenza, prevenzione. Il percorso del gruppo lesbico del Cassero <i>N. Gavina e C. Mauti</i>	“	275
Agire sul territorio per la prevenzione dell'HIV: unità mobile e macchina scambia-siringhe nel progetto “operatori di strada” del SERT dell'Azienda USL di Cesena e Croce Verde di Cesena <i>G. Giannelli, G. Farfaneti e R. Carrozzo</i>	“	279
Progetto di educazione alla salute rivolto agli apprendisti e/o minori esposti a rischio biologico <i>M. Magnani, M. Bianconcini e S. Grillo</i>	“	289
Metodologie formative <i>G. Rifelli, M.C. Calendi e G. Lupi</i>	“	293
Prevenzione HIV ed educazione sessuale <i>G. Rifelli, M.C. Calendi e G. Lupi</i>	“	301
Quell'oscuro oggetto del ...la prevenzione: il ruolo delle persone sieropositive nella prevenzione, e altro <i>S. Solerti</i>	“	303
Progetto di prevenzione dall'infezione da HIV e delle MTS nel mondo della prostituzione femminile di strada <i>M. Turci e F. Boldini</i>	“	305
AIDS e tossicodipendenza: il lavoro dell'Unità di strada del Comune di Bologna <i>M. Vigni</i>	“	311

Sezione III

Assistenza al sieropositivo e al malato

<i>Coordinatori: E. Barchi, F. Bonfà, E. Ganassi, E. Polidori, D. Scudiero e P. Ugolini</i>	“	315
Introduzione	“	317
Conclusioni	“	319
Prevenzione e aspetti soggettivi e simbolici dei comportamenti a rischio HIV/MST <i>I. Apicella, M.C. Calendi, S. Donati, A. Longo, V. Ugolini e A. D'Antuono</i>	“	323
Il <i>counselling</i> associato al test per l'HIV: il ruolo dei SERT <i>M. Avanzi, F. Bonfà, E. Uber, V. Foschini e R. Bosi</i>	“	331
Le terapie complementari nell'infezione da HIV/AIDS <i>M. Avanzi, F. Bonfà, E. Uber e R. Bosi</i>	“	335
Il <i>counselling</i> pre/post-test HIV quale strumento di realizzazione del consenso informato <i>M. Avanzi, F. Bonfà, E. Uber e G. Chieriegatti</i>	“	337

Le rappresentazioni della persona sieropositiva: loro incidenza sulle strategie di prevenzione <i>C. Barbolini Cionini, M.C. Calendi, G. Lupi, V. Ugolini e C. Vecchio</i>	pag. 341
La prevenzione della sofferenza: i <i>living wills</i> <i>P. Barnard</i>	“ 347
Un aiuto in più a casa <i>E. Bianchi</i>	“ 351
Progetto per l'apertura di un centro di informazione per le persone con infezione da HIV <i>C. Casali, E. Barchi, M. Pattacini, E. Rovere e A. Lanfranchi</i>	“ 353
AIDS e bambini: il lavoro del Centro Aurora <i>Centro AIDS Pediatrico Aurora, Bologna</i>	“ 357
Attività di sostegno nelle fasi di evoluzione della malattia: le esperienze del SERT di Ravenna <i>V. Foschini e S. Briani</i>	“ 361
AIDS <i>counselling</i> e dintorni: le attività di prevenzione e sostegno attuate nel SERT di Ravenna <i>V. Foschini, S. Briani, L. Bordandini, G. Greco, B. Minguzzi e G. Monte</i>	“ 363
Ricerca-intervento con genitori a conoscenza dello stato di siero positività (AIDS) del proprio figlio <i>V. Foschini, M. Zambianchi e J. Aguayo</i>	“ 365
Modello di organizzazione assistenziale presso la casa alloggio S. Lazzaro di Modena per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate <i>G. Guaraldi, C. Lodesani, R. Bolzon, G. Stenico, M. Ferri, A. Epifani e E. Angiolillo</i>	“ 375
Prevenzione HIV ed educazione sessuale <i>G. Rifelli, S. Donati, V. Ugolini e M. Vida</i>	“ 387
Il sistema dei servizi: integrazione tra pubblico e volontariato per l'assistenza domiciliare ai pazienti in AIDS <i>F. Sgrignani</i>	“ 391
Attività assistenziale per il trattamento a domicilio delle persone affette da AIDS: il modello dell'Azienda USL di Cesena <i>A. Stagno, R. Ceccaroni, P.L. Bartoli, C. Antonini, C. Grosso e A. Torelli</i>	“ 393
Le rappresentazioni della persona sieropositiva: loro incidenza sulle strategie di prevenzione <i>V. Ugolini, G. Barbolini, C. Calendi, G. Lupi e C. Vecchio</i>	“ 395
Progetto di formazione degli infermieri professionali del Presidio ospedaliero di Piacenza sulle problematiche inerenti il rischi infettivo ospedaliero per gli operatori sanitari <i>P. Viale e M. Sisti</i>	“ 397

Allegato

Programma regionale delle attività di informazione - educazione per la prevenzione dell'infezione da HIV - triennio 1998-2000 (Delibera del Consiglio della Regione Emilia-Romagna n. 490 dell'8 luglio 1998)	“ 407
--	-------

PRESENTAZIONE

Sono ormai evidenti i primi risultati degli sforzi che in questi anni sono stati compiuti nella lotta all'AIDS, sia nella prevenzione che nell'assistenza. Tuttavia, questa malattia rimane uno dei problemi di salute che ha i risvolti più rilevanti e complessi per la nostra società.

Per questo, la Regione Emilia Romagna intende proseguire e migliorare il proprio impegno in questo campo e dare nuovo vigore alla attiva collaborazione di tutti i soggetti interessati alla lotta all'AIDS - istituzioni, volontariato, associazionismo - a partire dalla prevenzione della malattia e dunque dalla promozione di stili di vita e di comportamento liberamente scelti ma sicuri, fino a migliorare l'impatto che l'AIDS produce a livello individuale e sociale.

Il nuovo "Programma regionale delle attività di informazione ed educazione per la prevenzione dell'infezione da HIV per il triennio 1998-2000", già approvato dal Consiglio regionale l'8 luglio 1998, prevede la realizzazione da parte delle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna di campagne informative ed educative capillari e costruite assieme a tutti i protagonisti presenti sul territorio.

Su questi temi, nel maggio del 1997 si è tenuto a Bologna un seminario durante il quale sono state presentate interessanti esperienze realizzate nella nostra regione negli ultimi anni.

La pubblicazione di questo volume, che contiene tutta la documentazione su quell'importante confronto, oltre a permettere di migliorare conoscenza dei problemi e di fare un bilancio che risulta davvero positivo, servirà anche come utile base di riferimento per lo sviluppo delle nuove iniziative programmate.

*Giovanni Bissoni
Assessore regionale alla sanità*

INTRODUZIONE

1. Alcuni dati epidemiologici

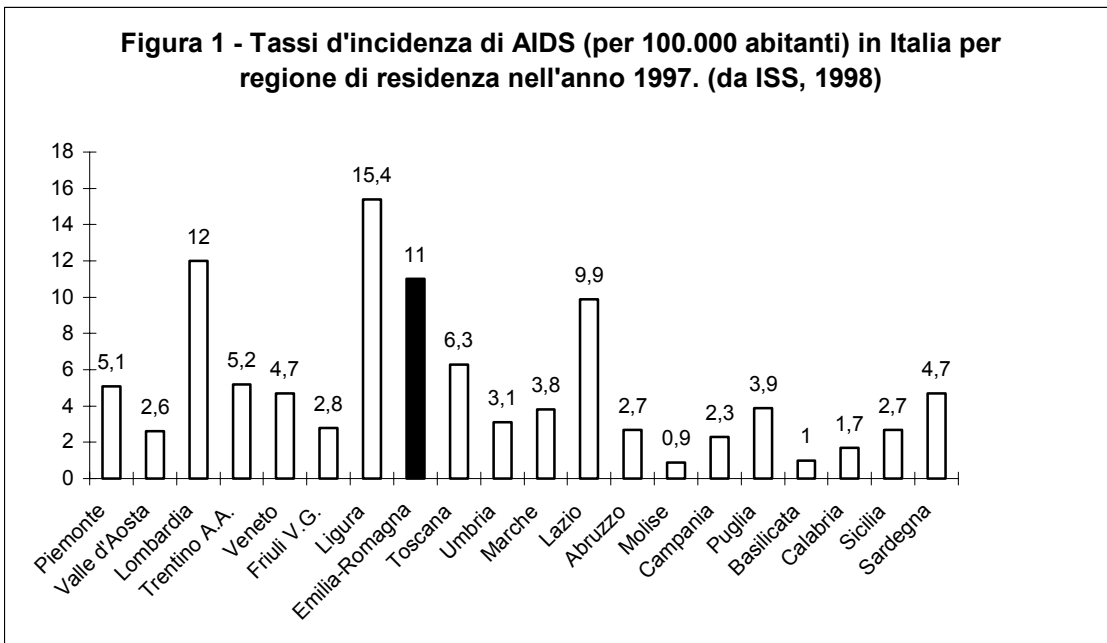
Recentemente è stato pubblicato il rapporto annuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*The World Health Report 1998*, WHO 1998) che riporta molti dati sulla situazione sanitaria mondiale. Per quanto riguarda le malattie infettive e parassitarie (vedi tabella 1), complessivamente il problema principale è ancora rappresentato dalle infezioni acute delle vie respiratorie che, nel 1997, si stima abbiano determinato la morte di 3,7 milioni di persone, mentre i malati sarebbero stati addirittura 395 milioni. Il secondo problema, di grande rilievo per la sanità pubblica, è rappresentato dalla tubercolosi: si stima che nel 1997 vi siano stati 2,9 milioni di morti e 7,2 milioni di nuovi casi. Al terzo posto troviamo le infezioni intestinali e al quarto la malaria. L'HIV/AIDS con 2,3 milioni di morti e 5,8 milioni di nuovi casi è al quinto posto.

Tabella 1 - Stima complessiva mondiale della mortalità e dell'incidenza delle più diffuse malattie infettive e parassitarie nel 1997 (da WHO, 1998)

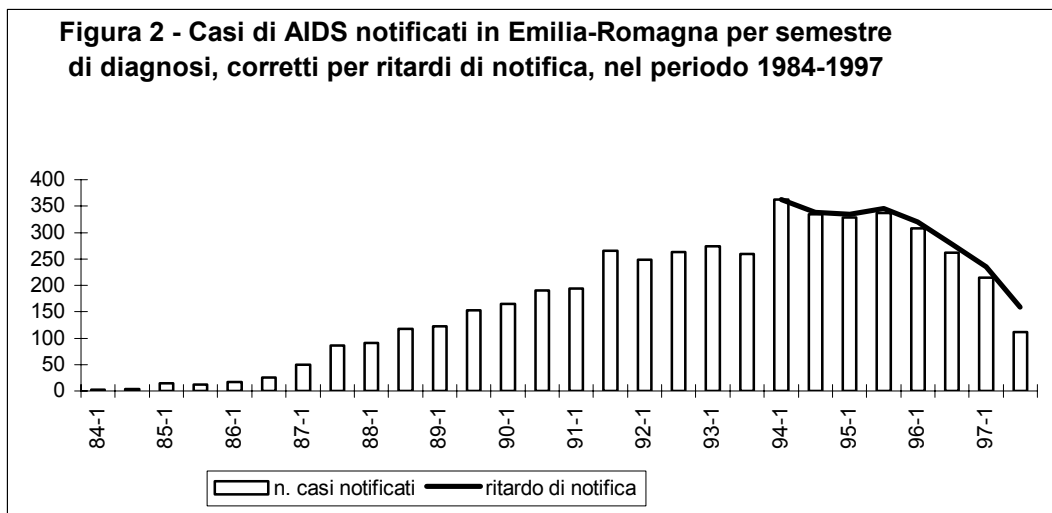
MALATTIA	MORTI (x 1000)	NUOVI CASI (x 1000)
Infezioni acute delle vie respiratorie	3.745	395.000
Tubercolosi	2.910	7.250
Diarrea (compreso le dissenterie)	2.455	4.000.000
Malaria	1.500 - 1.700	300.000 - 500.000
HIV/AIDS	2.300	5.800
Epatite B	605	67.730

I dati su queste malattie, e ovviamente anche quelli relativi all'HIV/AIDS, risentono molto dell'andamento nei paesi in via di sviluppo e in particolare di quelli del continente africano, mentre l'Europa si trova sicuramente in una condizione notevolmente migliore. Per quanto riguarda la modalità di trasmissione dell'infezione da HIV l'Europa è caratterizzata da due modelli: nei paesi latini, e quindi anche in Italia, è prevalente la via parenterale attraverso il sangue, soprattutto nei tossicodipendenti che fanno uso di droghe per via endovenosa; nei paesi anglosassoni, invece, la diffusione della malattia è più contenuta ed è legata principalmente alla trasmissione per via sessuale.

In Italia, secondo i dati forniti dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (Notiziario ISS, supplemento al numero di aprile 1998) il numero complessivo di casi di AIDS, corretti per ritardo di notifica (il tempo che intercorre fra la data di diagnosi e il momento in cui la segnalazione perviene al COA), nel 1997 è stato di 3.538. Nel confronto nazionale (figura 1) la Regione Emilia-Romagna si colloca al terzo posto rispetto al numero di nuovi casi all'anno con 11 per 100.000 residenti, dopo la Liguria (15,4) e la Lombardia (12).

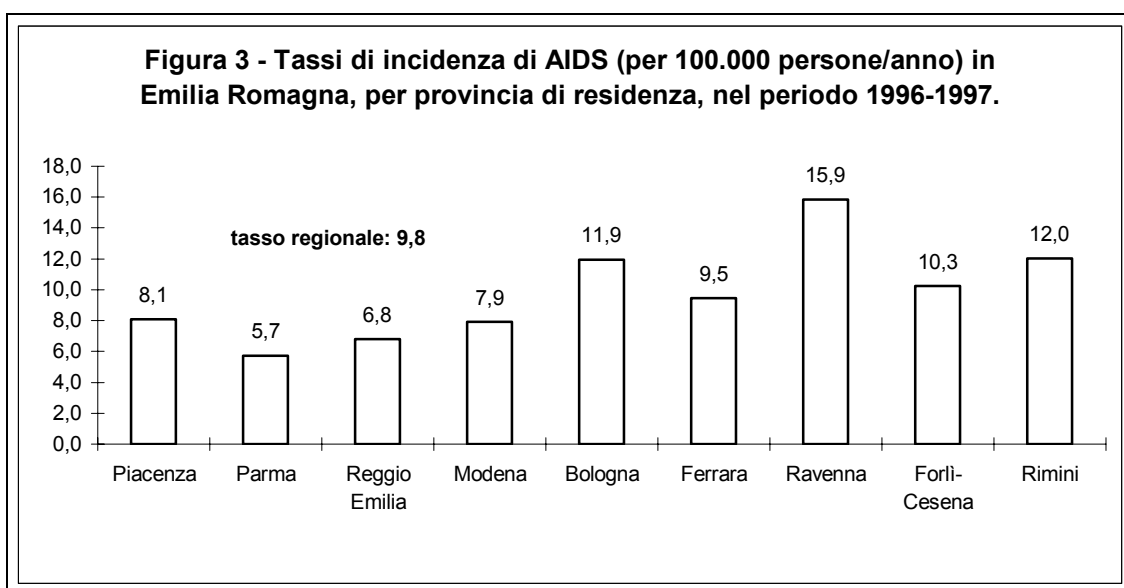


Così come nel resto del Paese, anche in Emilia-Romagna (figura 2) è evidente un calo nella notifica di nuovi casi a partire dal 1996.



Il tasso di letalità (proporzione dei decessi sui casi diagnosticati) a livello nazionale è del 67,2 %. Il COA ha promosso, in collaborazione con sette Regioni, una indagine finalizzata ad avere informazioni più accurate sulla sopravvivenza. In Emilia-Romagna tale ricerca è stata condotta dai Servizi di Igiene pubblica e ha permesso di mettere in luce un tasso di letalità del 77,3 %, che è più alto della media nazionale, ma probabilmente più vicino alla realtà. Il 22,4% delle persone con AIDS (pari a 900 soggetti) era in vita al 31 dicembre 1997.

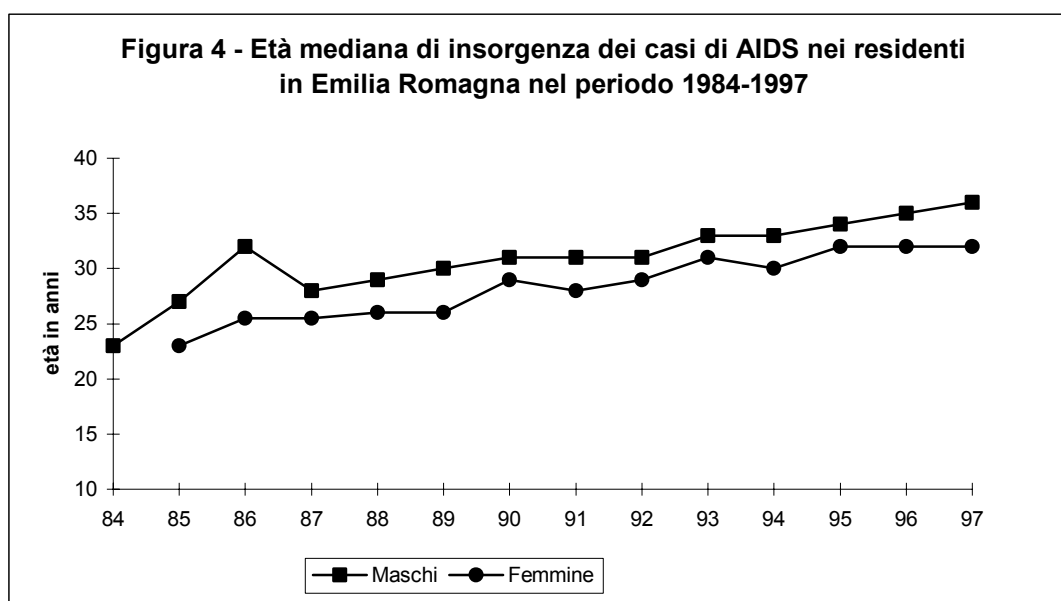
Le province più colpite in Emilia-Romagna (figura 3), in termini di tasso di incidenza per 100.000 persone/anno, sono state nel periodo 1996-1997 Ravenna, Rimini, Bologna e Forlì - Cesena.



La tabella 2 descrive la distribuzione percentuale dei malati di AIDS per fasce di età e sesso negli anni 1989, 1993 e 1997. Si rileva negli anni più recenti un innalzamento dell'età alla diagnosi, sia nei maschi che nelle femmine. In particolare è aumentata la quota dei malati nella fascia di età 30-34 anni per le femmine e nella fascia di età 35-39 anni per entrambi i sessi. Osservando l'andamento dell'età mediana di insorgenza dei casi di AIDS nel corso degli anni (figura 4), notiamo un progressivo spostamento di questa verso età più mature (da 23 anni nel 1984 a 36 nel 1997 per i maschi, per le femmine invece da 23 nel 1985 a 32 nel 1997). Tale spostamento potrebbe riflettere una graduale posticipazione dell'età in cui si è verificato il contagio o anche un prolungamento del periodo di sieropositività senza malattia.

Tabella 2 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso diagnosticati negli anni 1989, 1993 e 1997 in Emilia-Romagna

Classi di età	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	1989	1993	1997	1989	1993	1997	1989	1993	1997
	N. 179	N. 317	N. 224	N. 49	N. 117	N. 61	N. 228	N. 434	N. 285
0	1,1	0,3	0,0	0,0	1,7	0,0	0,9	0,7	0,0
1-4	0,6	0,6	0,0	2,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,0
5-9	0,6	0,3	0,0	0,0	1,7	0,0	0,4	0,7	0,0
10-14	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,2	0,4
15-19	0,6	0,0	0,0	4,1	0,9	0,0	1,3	0,2	0,0
20-24	6,7	0,9	2,2	32,7	2,6	3,3	12,3	1,4	2,5
25-29	34,1	21,5	6,7	32,7	29,1	18,0	33,8	23,5	9,1
30-34	29,6	35,0	30,8	16,3	33,3	39,3	26,8	34,6	32,6
35-39	7,8	16,1	24,1	8,2	13,7	21,3	7,9	15,4	23,5
40-49	12,3	16,1	19,2	2,0	12,0	9,8	10,1	15,0	17,2
50-59	3,9	6,9	9,4	0,0	4,3	1,6	3,1	6,2	7,7
60 e oltre	2,8	1,9	7,6	2,0	0,9	4,9	2,6	1,6	7,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



I casi pediatrici (ossia i casi con età inferiore o uguale a 12) sono stati 67, di cui 60 tra i residenti (tabella 3). La trasmissione verticale da madre a figlio è responsabile della totalità dei casi pediatrici e nel 61,2% la madre era tossicodipendente.

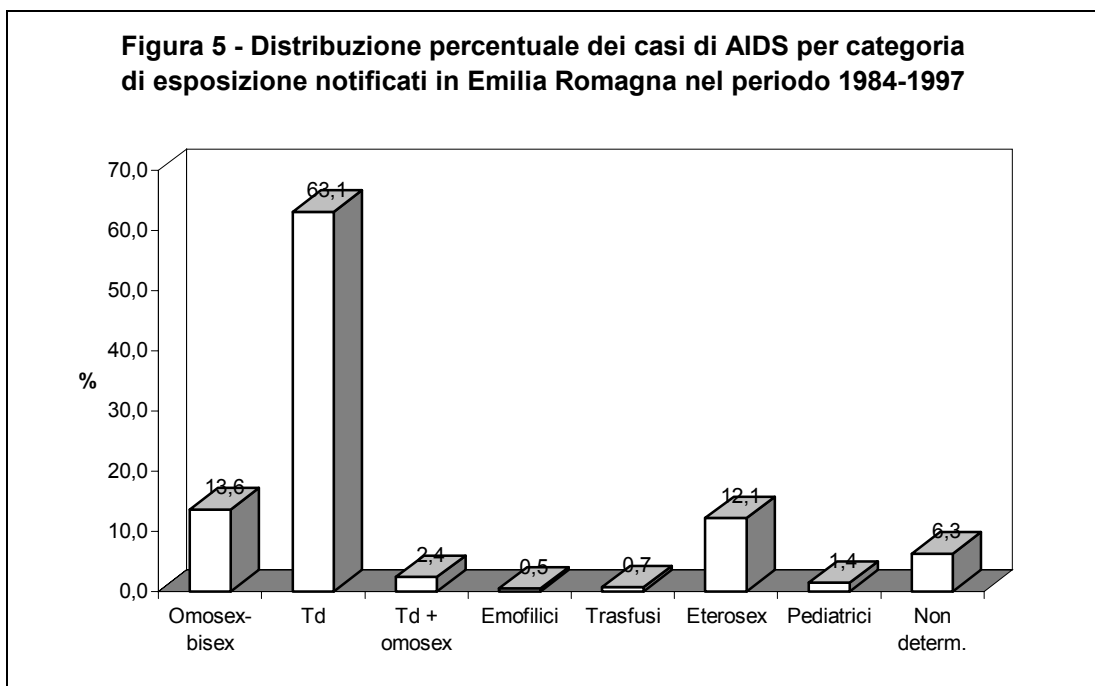
Tabella 3 - Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS notificati per anno di diagnosi e tipo di esposizione in Emilia-Romagna nel periodo 1984-1997

Trasmissione verticale da madre:	Anno di diagnosi														Totale
	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	
Tossico-dipendente	2	0	0	1	4	5	5	4	4	6	3	3	4	0	41
Partner sessuale a rischio	0	0	1	1	4	1	1	2	2	3	1	1	2	1	20
Fattore non determinato	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	6
Totale	2	0	1	2	8	6	6	7	11	9	4	4	6	1	67

La tabella 4 e la figura 5 mostrano la distribuzione dei casi di AIDS notificati in Emilia Romagna per categoria di esposizione: per il 63,1% dei casi la trasmissione dell'infezione è dovuta all'assunzione per via endovenosa di sostanze stupefacenti, mentre per il 13,6% la causa è attribuita a rapporti omosessuali o bisessuali e per il 12,1% a rapporti eterosessuali.

Tabella 4 - Distribuzione dei casi notificati di AIDS per anno di diagnosi e categoria di esposizione in Emilia Romagna nel periodo 1984-1997

Anno di diagnosi	Omosex bisex	Td	Td + omosex	Emofilici	Trasfusi	Eterosex	Pediatr.	Non determ.	Totale
1984	1	4	0	0	0	0	2	0	7
1985	5	15	2	0	0	1	0	3	26
1986	8	28	2	1	1	1	1	1	43
1987	21	95	1	2	2	12	2	1	136
1988	23	155	3	2	2	11	8	4	208
1989	36	180	14	3	3	24	6	9	275
1990	53	226	16	1	1	30	6	22	355
1991	55	326	8	5	4	32	7	22	459
1992	59	349	10	2	5	41	11	34	511
1993	67	342	9	0	1	62	9	44	534
1994	89	419	27	3	4	92	4	58	696
1995	101	398	13	2	4	111	4	33	666
1996	76	342	7	0	4	100	6	35	570
1997	60	156	3	1	1	67	1	36	325
TOTALE	654	3.035	115	22	32	584	67	302	4.811
Tot. Maschi	654	2.286	115	22	19	300	34	203	3.633
Tot. Femm.	0	749	0	0	13	284	33	99	1.178



Tra i 584 malati di AIDS, che riferiscono come modalità di esposizione rapporti eterosessuali, si osserva che (tabella 5), in base al tipo di rischio del partner: il 72,89% delle donne ha avuto contatti sessuali con partner tossicodipendente, il 46,33% dei maschi ha avuto rapporti con prostitute, l'8,22% dei casi totali ha contratto la malattia per rapporti sessuali con partner proveniente da zone ad alta endemia.

Tabella 5 - Distribuzione dei casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e sesso notificati in Emilia-Romagna

Tipo di rischio eterosessuale	Maschi con partner		Femmine con partner		Totale con partner		Totale
	HIV positivo	HIV non noto	HIV positivo	HIV non noto	HIV positivo	HIV non noto	
Partner tossicodipendente	31	38	123	84	154	122	276
Partner emofilico	0	0	2	0	2	0	2
Partner trasfuso	0	0	2	0	2	0	2
Partner che si prostituisce	8	131	0	1	8	132	140
Partner di zona ad alta endemia	2	32	3	11	5	43	48
Partner bisessuale	0	0	4	3	4	3	7
Partner che ha avuto rapporti con prostitute	0	0	0	0	0	0	0
Altro	11	27	19	5	30	32	62
Non determinato	20	0	24	3	44	3	47
Totale	72	228	177	107	249	335	584

2. Strategie per la prevenzione e l'assistenza

L'AIDS presenta problemi con risvolti di carattere biologico e assistenziale che si intrecciano ad aspetti sociali, etici e psicologici. Il peso delle diverse componenti indubbiamente si è modificato nel tempo, però la complessità della malattia resta immutata. Le politiche sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno sempre cercato di legare il problema AIDS ad altri più generali, quali quello delle malattie sessualmente trasmesse, della tossicodipendenza, di altre patologie come l'epatite o la tubercolosi che comunque sono correlati a questa malattia.

Le conseguenze prodotte dall'infezione da HIV sono di estrema importanza per l'individuo, la sua famiglia e l'intera società. L'infezione incide, infatti, sul piano economico, sociale, culturale e politico: l'HIV colpisce persone ancora in età produttiva e può causare reazioni di difesa da parte di alcuni, di discriminazione nei confronti dei soggetti sieropositivi, non solo nell'ambiente di lavoro, ma anche in quello abitativo e nelle comunità.

Proprio per questo è sempre stato considerato importante affrontare questi problemi in maniera organica, continuativa, aggregando e sistematizzando le varie attività espletate da diverse strutture sanitarie e sociali.

Il Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna ha promulgato nel 1988 una Legge (n. 25) e successivamente, nel 1991, adottato una delibera (n. 375) con cui si è avviato un primo organico "Programma regionale degli interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS".

Il Programma definiva il sistema di sorveglianza, indirizzava gli interventi di prevenzione, inquadrava le caratteristiche del modello di assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera, prevedeva iniziative di formazione del personale e strumenti di coordinamento tecnico, tra cui la Commissione consultiva tecnico-scientifica.

Le linee tracciate dal Programma sono state di riferimento per le azioni compiute nei confronti della tubercolosi (protocollo per la sorveglianza) e per tutti gli interventi nel campo della tossicodipendenza, sia nell'organizzazione dei servizi, sia nei confronti delle politiche sociali (politica della riduzione del danno, progetto regionale "nuove droghe"), sia nei confronti del mondo delle strutture penitenziarie. Sono state congiuntamente predisposte Linee guida per la prevenzione dell'infezione da HIV che sono da considerare come un passo fondamentale a cui deve seguire la fase dell'applicazione.

In questi ultimi anni, inoltre, sono state notevolmente incrementate l'assistenza domiciliare e quella erogata presso case alloggio. Queste nuove forme di assistenza sono più rispettose delle esigenze dell'individuo e presuppongono interventi educativi e informativi rivolti a tutta la famiglia, al nucleo parentale e amicale che circonda il paziente. Dal 1994 al 1997 (tabelle 6 e 7) sono aumentati i pazienti assistiti ma, soprattutto, le giornate effettive di assistenza (in cui effettivamente l'équipe si è recata presso il domicilio) che nel 1997 sono state quasi 35.000.

Tabella 6 - Assistenza presso case alloggio ai malati di AIDS in Emilia-Romagna negli anni 1994-1997

Anno	Numero pazienti residenti assistiti	Numero giorni effettiva assistenza	Durata media effettiva assistenza (giorni)
1994	57	7.976	140
1995	64	10.037	157
1996	119 *	17.300	145
1997	134 **	19.972	149

* vanno inoltre considerati 124 assistiti non residenti

** vanno inoltre considerati 103 assistiti non residenti

Tabella 7 - Assistenza a domicilio ai malati di AIDS in Emilia-Romagna negli anni 1994-1997

Anno	Numero pazienti assistiti	Numero giorni effettiva assistenza	Durata media effettiva assistenza (giorni)	Intensità assistenziale in % *
1994	95	4.208	44	
1995	171	8.242	48	32
1996	249	12.593	51	58
1997	191	14.858	78	55

* numero giornate di effettiva assistenza / numero giornate di presa in carico %

3. Ciò di cui abbiamo bisogno

Sono passati ormai 16 anni dalla prima notifica di un caso e 41.000 persone in Italia hanno contratto un'infezione che si è sviluppata in AIDS. Questi 16 anni sono un'era geologica per le novità scientifiche e i mutamenti dei comportamenti individuali che l'infezione da HIV ha introdotto e un tempo più che sufficiente per ripensare a che cosa è successo e per vedere di costruire una proiezione ragionevole per il futuro.

Uno dei rischi più grossi che corrono le istituzioni o i gruppi, cui non si sottraggono neppure i gruppi auto-organizzati, è quello di ripetere se stessi, indipendentemente dai problemi nuovi che si pongono. Può essere di qualche utilità, tanto per misurare la distanza fra la situazione attuale e quello che è successo in questo periodo, ripensare ad alcuni degli eventi cruciali. Molti di coloro che si occupano di queste campagne ne erano ben lontani quando sono state avviate, anche dal punto di vista personale. In generale, i soggetti che erano allora al centro dell'attenzione dei servizi sono oggi padri o madri e hanno comportamenti, aspettative e desideri completamente diversi da quelli che esprimevano, appunto 16 anni fa, nella loro adolescenza. Se questo è vero, così come hanno cambiato ruolo i destinatari degli interventi di allora, anche l'arsenale delle strutture tecniche che li realizzano deve rinnovarsi.

Le differenze tra allora e oggi sono davvero grandi. Il primo materiale di documentazione per la campagna inglese fu inviato tramite valigia diplomatica per evitare che fosse bloccato alla frontiera. Era materiale prodotto dalle comunità gay di San Francisco ed era ben al di là di quanto fosse accettabile nel territorio di sua Maestà britannica. Chi non ricorda la polemica tra astinenza e preservativo? Erano le prime grandi discussioni fra i sostenitori della riduzione del danno, come si direbbe con terminologia attuale, e chi voleva interventi di tipo assolutamente proibizionistico.

L'acme della percezione del rischio dell'infezione da HIV si è verificato quando questa condizione non è stata più considerata come un problema di specifici gruppi di popolazione a rischio, ma come una potenziale epidemia in grado di interessare l'intera popolazione, indipendentemente dai comportamenti che questa assumeva. E il caso di ricordare l'enfasi sul sangue sicuro e sul rischio dei tossicodipendenti e delle prostitute come agenti di penetrazione dell'infezione da HIV nella popolazione generale. È stato il momento in cui è nato un problema legittimo di sanità pubblica ed è stata posta la questione della stima della potenziale espandibilità dell'infezione da HIV, "la peste del 2000".

Fortunatamente, i dati oggi disponibili dimostrano che non siamo neppure vicini alla epidemia di «spagnola» del 1918. Anzi, rispetto alle previsioni ufficiali dell'Istituto Superiore di Sanità del 1996, c'è una differenza di 800 casi in meno all'anno. E ancora da capire, tuttavia, se si tratta di uno dei più grandi errori tecnici dei modelli previsionali dell'epidemiologia, come è possibile, oppure di uno dei più grandi successi nella storia degli interventi di sanità pubblica, come probabilmente si può anche ritenere.

Ricordare questi punti poco lieti è utile per evitare errori nell'impostazione dei nuovi programmi, e in particolare nel costruire interventi modellati su task-force selettive e specifiche. Era in qualche modo giustificabile, per l'urgenza delle previsioni drammatiche e per la situazione di potenziale pandemia, che gli interventi progettati fossero massicci e selettivamente concentrati su specifici servizi. Ma dopo questi anni di esperienza va decisamente mutato l'approccio, sia relativamente ai soggetti agenti che all'oggetto di attenzione.

Per essere più espliciti va sottolineato il ruolo positivo degli interventi che gruppi a rischio, insieme a organizzazioni del volontariato, hanno realizzato sui comportamenti e sugli stili di vita. Uno dei punti più delicati dei nuovi programmi sarà tentare di costruire un rapporto con i servizi ufficiali che non sia né paternalistico né soffocante. L'intervento deve essere sufficientemente discreto ed umile da permettere che queste iniziative, con la specificità e l'accettabilità sociale che le caratterizzano, si sviluppino in armonia col piano generale delle azioni.

Studiando la storia naturale dell'AIDS, delle condizioni e delle patologie concomitanti non si può non assumere pienamente che ci si trova di fronte non a un problema singolo, ma all'insieme degli interventi verso le malattie a trasmissione sessuale. Gli interventi sull'AIDS sono, in effetti, la prima campagna realizzata in Europa nei confronti delle malattie a trasmissione sessuale dopo la seconda guerra mondiale. Negli Stati Uniti tale questione è stata posta, da almeno venti anni, in termini più ampi di quanto non sia tuttora da noi.

I nuovi programmi dovranno valorizzare le ricadute implicite degli interventi compiuti, in nome di questa malattia, su comportamenti che hanno a che fare con un'area molto più larga di problemi di salute della popolazione. Le strategie di intervento dovranno cercare di mettere insieme soggetti che, a diverso livello e ciascuno con le proprie competenze, abbiano titolo a intervenire.

Occorre selezionare, fra il molto che è stato fatto e il molto che è stato tentato, ciò che, alla prova dei fatti, è risultato più accettabile socialmente, ha garantito un più elevato rigore nell'approccio e nel messaggio e, soprattutto, ha fornito risultati pratici dimostrabili.

E passata la fase in cui andava bene lo slogan "100 fiori fioriranno" per elaborare una strategia capace di trasformare le azioni in atteggiamento sistematico e continuativo. La generosità dei tentativi, spinti dall'urgenza e dalla percezione di un problema inusitato e drammatico, poteva giustificare una certa lassità di atteggiamenti nei criteri di verifica degli interventi.

Ora che siamo in una situazione matura, per conoscenze ed esperienze, è necessario incominciare ad applicare agli interventi sugli stili di vita finalizzati alla prevenzione dell'infezione da HIV, gli stessi criteri di qualità richiesti ai comportamenti professionali in ambito clinico: dovranno essere interventi di provata utilità, o quanto meno non di danno, o quanto meno non di provata inefficacia.

In questi interventi non ci si rivolge solo a persone malate in condizioni di necessità che chiedono aiuto. Ci si rivolge anche a ragazzi che vivono la loro vita normale a scuola, e che spesso non gradiscono questo genere di intervento, e a soggetti sani che vengono richiamati attorno a tali problemi. Si punta alla formazione di convincimenti relativamente agli stili di vita liberamente scelti, e ciò solleva questioni molto delicate dal punto di vista etico. Inoltre questi soggetti spesso rivestono un ruolo importante come mediatori culturali per gruppi che si formano spontaneamente.

Le responsabilità che ci si assume sono molto grandi, e l'intervento non può che essere rigoroso nell'approccio e nel messaggio che veicola.

Vi è poi un altro elemento che viene spesso trascurato. È difficile abbandonare i comportamenti "cattivi" che provocano un piacere immediato. Viceversa i comportamenti virtuosi decadono spontaneamente, soprattutto quando si sviluppa l'indifferenza per quegli incentivi che, al momento in cui il problema veniva proposto, erano stati considerati attraenti e avevano indotto la modificazione. Uno dei criteri di selezione degli interventi dovrà essere, quindi, la capacità di spiazzare continuamente l'obiettivo e di avere diversi angoli di approccio verso quel comportamento considerato a rischio o con implicazioni negative.

4. Il nuovo Programma regionale delle attività di informazione ed educazione

In tale contesto la Regione Emilia-Romagna propone ora un nuovo "Programma regionale delle attività di informazione-educazione per la prevenzione dell'infezione da HIV per il triennio 1998-2000", che è stato deliberato dal Consiglio regionale l'8 luglio 1998. Il testo completo è riportato in allegato.

Il Programma ha la finalità di meglio integrare e coordinare le iniziative presenti sul territorio per la prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS e di dare nuovo vigore all'impegno congiunto di istituzioni e associazioni allo scopo di potenziare l'efficacia delle azioni informative ed educative in materia.

Il Programma prevede che ogni Azienda USL predisponga, d'intesa con le Aziende ospedaliere che insistono sui territori di competenza, i progetti relativi alla realizzazione della campagna informativa-educativa regionale e ne definisca anche gli interventi organizzativi necessari. Le azioni dovranno avere una durata triennale.

Esso si ispira alle indicazioni della Commissione delle Comunità Europee al Consiglio e al Parlamento europeo sull'attuazione del piano d'azione "*L'Europa contro l'AIDS*" (gennaio 1997). Queste confermano come i rapidi sviluppi in corso attualmente in materia di terapie e di medicinali antivirali hanno modificato l'orizzonte della malattia, aprendo prospettive possibili di guarigione a lungo termine. Tuttavia, sarebbe certamente un errore ridurre gli sforzi finora intrapresi in materia di prevenzione, a livello nazionale e comunitario. Il primo e il solo vero baluardo contro il flagello dell'HIV/AIDS rimane più che mai la prevenzione attraverso l'informazione, l'istruzione, l'uso dei preservativi e la solidarietà nei confronti delle persone colpite.

Il primo obiettivo del Programma è costruire una comunità educante. Era un obiettivo già presente anche in precedenza, ma ora sempre più le strutture pubbliche e private, le associazioni con finalità educative e non, si devono unire, responsabilizzare sui problemi inerenti la salute e costruire una rete formativa per la promozione del benessere dei singoli e della collettività.

L'informazione e l'educazione dovranno avere come obiettivi: la consapevolezza del rischio e l'aumento delle conoscenze sulle vie di trasmissione e sui comportamenti atti a ridurre il rischio; il cambiamento dei comportamenti a rischio, sessuali e nelle modalità iniettive nell'uso di droghe; l'acquisizione di un maggiore autocontrollo, legato alla convinzione e alla

capacità di mantenere pratiche più sicure; il miglioramento dell'impatto dell'AIDS a livello individuale e sociale, cioè la riduzione dell'ansia e degli atteggiamenti negativi nei confronti dei malati e dei gruppi più esposti.

È noto che sistemi di intervento complessi possono svolgere una potente azione informativa anche tramite i mass media, ma in questi casi è necessario soprattutto un approccio basato su metodi comunicativi diretti. Le azioni vanno mirate specificamente a seconda dei comportamenti a rischio e pertanto gli interventi educativi non possono essere uguali, gli strumenti, le modalità e i messaggi devono essere diversi a seconda del gruppo cui si rivolgono.

Il Programma si pone anche l'obiettivo di integrare meglio i momenti di prevenzione, primaria e secondaria, con quelli assistenziali. Come per tutti i programmi sanitari sussiste la necessità di ricomporre, rispetto all'individuo, gli interventi e di non frammentarli come spesso ha fatto il mondo della medicina.

Le tipologie di intervento e i destinatari previsti dal Programma sono:

- l'assistenza del sieropositivo e del malato
- i programmi di riduzione del danno e di prevenzione rivolti ai tossicodipendenti
- i programmi nelle strutture penitenziarie
- la prevenzione della trasmissione sessuale nelle donne in età fertile, negli omosessuali e nei/nelle transessuali
- i programmi per i giovani in generale, nella scuola e con metodi di educazione tra pari
- la prevenzione della trasmissione da madre a figlio
- la sicurezza di sangue, sperma, organi e tessuti
- la ricerca sui rischi, i comportamenti e i bisogni
- il telefono verde regionale

Un'attenzione specifica è dedicata ai criteri di valutazione dei Progetti educativi e informativi i cui ambiti principali sono: la qualità organizzativo-gestionale e in particolare il funzionamento delle Commissioni aziendali; la qualità professionale e metodologica da misurare attraverso indicatori di apprendimento, di modificazione dei comportamenti e anche di effetti sulla salute; l'efficienza intesa come numero e tipologia dei destinatari, durata dell'intervento e soggetti coinvolti.

Ogni Azienda USL, tramite la propria Commissione aziendale AIDS elaborerà un progetto in collaborazione con il Volontariato e gli altri soggetti interessati e lo realizzerà direttamente o, se condotto da esterni, ne curerà il coordinamento, la supervisione e la valutazione.

La Regione, con il supporto della Commissione consultiva regionale tecnico-scientifica, selezionerà i progetti a cui fornirà un contributo e che promuoverà su scala regionale con la collaborazione del Centro di documentazione per la salute delle Aziende USL della Città di Bologna e di Ravenna. Per il sostegno di tali interventi la Regione ha riservato per il primo anno 500 milioni.

La Regione si propone innanzitutto di far circolare materiale di qualità, magari già esistente. Spesso non è necessario creare cose nuove, ma è sufficiente personalizzare gli interventi, tenuto conto che su questo argomento, come dimostrano le pagine seguenti, le esperienze sono assai varie e ricche. È necessario però che queste esperienze circolino meglio e quindi il rilancio degli interventi educativi deve permettere che il materiale sia portato a conoscenza di tutti e soprattutto che possa essere utilizzato.

In secondo luogo il Programma sottolinea l'importanza di garantire l'integrazione tra le Aziende sanitarie (Aziende USL e ospedaliere), gli enti locali e il privato sociale per predisporre insieme gli interventi, in maniera che siano coordinati, rigorosi e valutabili. A livello locale, senza bisogno di comitati pletorici, vi è la necessità di creare una Commissione integrata tra Azienda USL e ospedaliera, che affronti complessivamente l'AIDS.

Infine occorre una rete organizzativa regionale integrata con quella locale ben strutturata, senza aggiungere nuovi organismi o costituire task force, ma mettendo in rete l'esistente. La Regione si avvale dei servizi dell'Assessorato alla Sanità e di quello alle Politiche Sociali e Familiari. Esistono, inoltre, la Commissione consultiva tecnico-scientifica per la lotta contro l'AIDS e la Commissione Scuola e Sanità che opera già da qualche anno con il compito di coordinare gli interventi educativi e informativi per la prevenzione dell'infezione da HIV nel mondo della scuola. Il Centro di documentazione per la salute delle Aziende USL della Città di Bologna e di Ravenna deve svolgere un ruolo trainante, soprattutto nel favorire la circolazione del materiale e nel collegare in rete i vari attori.

5. Il seminario dell'8-9 maggio 1997 e questo volume

Al fine di fare un bilancio delle esperienze realizzate in tema di promozione della salute e prevenzione dell'AIDS nella regione Emilia Romagna, di presentare le linee del nuovo Programma regionale e di dare impulso alla qualità delle nuove iniziative è stato organizzato un Seminario regionale che si è tenuto nei giorni 8-9 maggio 1997 a Bologna. Il Seminario si è articolato in sessioni comuni, di apertura e di chiusura, e in tre *workshop* rispettivamente dedicati a:

- i giovani,
- le persone adulte, la popolazione in generale e gruppi specifici,
- i sieropositivi e i malati.

I *workshop* avevano il compito prevalentemente di favorire il confronto tra esperti ed esperienze e rimandavano ai contatti diretti gli eventuali approfondimenti. Il mandato che era stato affidato ai coordinatori dei *workshop* era quello di far emergere l'essenziale delle iniziative e di estrarre dalla discussione gli elementi più rilevanti per il futuro, cioè i punti critici, le azioni che vanno valorizzate e diffuse e i criteri per l'avvio di nuovi progetti.

Il Seminario ha avuto un significativo successo: per il numero di partecipanti (oltre 500 esperti), per la qualità della discussione e per la ricchezza dei contributi che sono stati presentati. La conoscenza dei materiali discussi sarà, quindi, un utile contributo per coloro che sono impegnati in questo campo e, in particolare servirà di base per lo sviluppo dei progetti previsti dal nuovo Programma regionale 1998-2000.

I materiali che sono pubblicati in questo volume rappresentano una selezione degli interventi. Essi sono raccolti in base ai tre argomenti dei *workshop*. Ogni raccolta è preceduta dalla specifica introduzione che è servita anche ad aprire il dibattito e dalle conclusioni che i coordinatori dei tre gruppi hanno rispettivamente presentato in seduta plenaria al termine del Seminario.

Ringraziamenti

Nella realizzazione di questo lavoro sono state coinvolte, in diversi modi, molte persone nell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia Romagna, nel Centro di documentazione per la salute e nelle Aziende sanitarie, a cui vanno i più sentiti ringraziamenti. In particolare si desidera sottolineare il contributo di:

- Francesco Taroni, direttore generale della sanità e dei servizi sociali della Regione Emilia Romagna, per l'opera di indirizzo e gli stimoli, che ha anche portato direttamente al dibattito nel Seminario;
- Florio Ghinelli, primario del reparto malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara e presidente della Commissione tecnico-scientifica regionale per la lotta all'AIDS, per il contributo fornito nella presentazione dell'aggiornamento delle nuove terapie e del loro impatto per il malato e per la collettività;
- Franco Celeste Giannotti, dell'Assessorato alle politiche sociali e familiari, scuola e qualità urbana Regione Emilia Romagna, per il quadro sull'impegno della Regione soprattutto in tema di assistenza ai tossicodipendenti;
- Lucia Cucciarelli, della Sovrintendenza scolastica per l'Emilia-Romagna, per la costante collaborazione che ha assicurato e il ruolo di integrazione con il mondo della scuola;
- Manlio della Ciana (Azienda USL di Ravenna), Angela Paganelli e Dolores Serra (Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna) per il sostegno organizzativo sia nella fase di preparazione che in quella, davvero impegnativa, di svolgimento del Seminario;
- Alessandra De Palma (Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna) per la disponibilità e l'impegno ancora una volta dimostrati nel fornire il supporto tecnico-scientifico e organizzativo indispensabile alla buona riuscita del Seminario.

SEZIONE I

**INTERVENTI TRA I GIOVANI
E NEL MONDO DELLA SCUOLA**

INTRODUZIONE

D. Rebecchi

Consultorio familiare, Azienda USL di Modena

La popolazione giovanile rappresenta quella fase del ciclo vitale in cui, generalmente, si iniziano le prime esperienze sessuali e in cui parte di adolescenti ha il primo approccio con le sostanze stupefacenti. In Italia il 75% dei contagi avviene tra i 14 e i 20 anni. Durante l'adolescenza il processo di affermazione di sé si esprime in atteggiamenti di sfida e "messa alla prova dei limiti" che si possono tradurre in comportamenti a rischio. Per questi motivi i giovani rappresentano la fascia potenzialmente più esposta al rischio di HIV e costituiscono il target privilegiato di riferimento per gli interventi preventivi nella lotta all'AIDS. Inoltre, per le sue caratteristiche evolutive la popolazione giovanile possiede i requisiti più favorevoli affinché l'intervento preventivo/informativo possa essere più incisivo.

I dati del dicembre 1996 forniti dal Ministero della Sanità mostrano un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale e una corrispondente diminuzione della proporzione dei casi attribuibili all'uso di droghe per via endovenosa ed altre modalità di trasmissione. Dalla suddivisione in base al tipo di rischio dei casi di AIDS attribuibili ai rapporti sessuali, si riscontra che l'aver avuto un partner tossicodipendente costituisce il 39,7% delle cause di contagio e che tale valore è rappresentato in misura maggiore dalla popolazione femminile.

Da queste brevi riflessioni si riconferma che un intervento per la prevenzione dell'AIDS debba essere inserito in un programma formativo che promuova l'autotutela della salute, con peculiare riferimento alla problematica sessuale. Ciò in considerazione del fatto che in epoca giovanile la trasmissione dell'infezione si ricollega alle abitudini sessuali a rischio con partner occasionali o con prostitute senza che il rapporto sia protetto.

Gli obiettivi preventivi si situano da un livello informativo a un livello formativo più complesso e a lungo termine. In questi ultimi anni in Emilia Romagna le singole realtà locali, soprattutto AUSL e scuola, ma anche gli enti locali e il mondo del volontariato, hanno operato sia verso una maggiore conoscenza del fenomeno, che, nello specifico, verso progetti e programmi di educazione alla salute.

Gli interventi in ambito scolastico si sono intensificati e diffusi. Le caratteristiche dell'attività educativa nelle scuole sono l'aver posto attenzione al piano metodologico nella stesura di obiettivi e verifiche, il maggior coordinamento tra servizi dell'Azienda USL e la collaborazione tra la scuola e gli operatori dei servizi sanitari.

Il numero elevato degli iscritti a questo *workshop* e delle relazioni è indicativo dell'interesse e del lavoro che è stato svolto. È evidente la necessità di un confronto fra adulti / educatori / professionisti per la conoscenza dell'esistente e per la necessità di rivedere e riflettere su altre ed eventuali strategie educative e informative nella prevenzione dell'AIDS.

Con questi presupposti l'obiettivo si allarga al mondo giovanile nella sua complessità (giovani scolarizzati e non, giovani disoccupati e lavoratori, giovani maschi e femmine).

Le tematiche che verranno discusse riguardano:

- l'informazione e l'educazione dei giovani
- i percorsi metodologici integrati tra scuola e organizzazioni sanitarie
- l'individuazione di scelte strategiche in considerazione delle risorse e gli interventi rivolti a giovani non scolarizzati.

CONCLUSIONI

P. Cundo

Spazio Giovani, Azienda USL di Parma

1. Le esperienze

I servizi che intervengono già si muovano in sostanziale sintonia con le Linee guida proposte dalla Regione.

Se da un lato è emersa la testimonianza di un ricco patrimonio di esperienze, in cui gli operatori hanno saputo adattare con fantasia e professionalità i propri strumenti clinici alle esigenze della prevenzione, d'altro lato sembra diffuso e consolidato un comune sentire e un'opzione chiara verso la necessità di investire energie e risorse nella promozione del benessere e della salute in senso globale come la più efficace prevenzione delle singole patologie fisiche, psichiche e sociali, compresa l'AIDS.

Da più parti si è ribadita la convinzione che non è importante realizzare una prevenzione specifica per ogni disturbo, quanto aiutare la crescita dei processi comunicativi e interpersonali verso un benessere complessivo, che diventi gusto per la vita, la solidarietà e la realizzazione di sé. E anche se questo impegno è molto oneroso per la comunità, di fatto i costi sono largamente compensati dal poter evitare patologie e disagio.

Quasi tutte le relazioni sono di operatori delle AUSL o della Scuola, mentre poco numerose sono quelle del volontariato che sembra essere invece significativamente più presente nelle altre sezioni. Forse si può ritenere che la prevenzione è tuttora considerata, per la sua complessità, come un imprescindibile dovere dell'Ente pubblico, mentre i cittadini si sentono maggiormente impegnati in prima persona nell'aiutare chi soffre e chi è in evidente difficoltà.

Di fatto nel confronto tra gli interventi si è definita l'esperienza di un lavoro interistituzionale tra Sanità e Scuola ormai consolidato nelle procedure, nella metodologia, nella capacità di lavoro oltre i rispettivi confini di ciascuna istituzione. Si tratta di un linguaggio condiviso tra operatori sanitari, sociali e scolastici, in cui si afferma che la miglior lotta all'AIDS consiste nell'approccio globale alla persona e al suo benessere: non ci si preoccupa solo di informare sulle modalità di trasmissione della malattia e sui fattori di rischio, ma si pone l'enfasi sulla necessità di crescere culturalmente e socialmente nella capacità di

interagire con gli altri, di esprimersi e comunicare, di arricchire le relazioni interpersonali come luogo da cui trarre motivazione per vivere, progettare, sentirsi a proprio agio. Perciò si privilegia la metodologia del lavoro con i gruppi, con una riconversione professionale degli operatori dal lavoro strettamente ambulatoriale o didattico all'animazione interpersonale e alla promozione della socialità creativa e gruppale - ciò che gli psicologi definiscono il passaggio dalla psicologia clinica alla psicologia di comunità. Tale operazione risulta tanto più facilitata in quanto anche gli operatori stessi sembrano aver affinato la loro capacità di lavorare in gruppo, con un'evidente testimonianza di percorsi formativi comuni che permettono di proporre modelli, metodologie e obiettivi condivisi in modo maturo ed equilibrato.

Sono oggetto di programmazione ormai consolidata nei diversi servizi e sono diffuse in modo capillare sul territorio con interessanti analogie nel metodo e nel merito:

- iniziative di informazione ed educazione sanitaria, sociale, affettiva e sessuale rivolte ai ragazzi con progetti diversamente integrati tra loro rispetto ad obiettivi comuni;
- attività di formazione e aggiornamento per operatori, segnatamente insegnanti, che si rendono disponibili per attivare percorsi di ascolto verso gli studenti sia nella relazione didattica, sia in momenti informali nell'ambito della scuola, sia in contesti istituzionalizzati quali i Centri di Informazione e Consulenza (CIC);
- esperienze di comune autoformazione tra operatori della sanità e della scuola, in cui le rispettive competenze vengono reciprocamente messe a disposizione in vicendevole osmosi, evitando che qualcuno si metta in cattedra rispetto agli altri, nella consapevolezza di dover attingere al patrimonio altrui per costruire una capacità progettuale complessa e articolata in cui tutti ci si senta coinvolti e protagonisti.

Sono altresì emergenti metodologie di accentuato interesse innovativo, ancorché soggette ad attenta riflessione, essendo tuttora in fase sperimentale: si tratta in particolare delle esperienze di educazione tra pari, attivate sia in alcune AUSL che in alcune scuole, coniugando iniziative germinate spontaneamente nell'interazione tra operatori e adolescenti con i modelli mutuati da procedure ormai collaudate altrove. In particolare si sottolinea come i percorsi di prevenzione nell'età giovanile siano efficaci se sono stati preceduti da opportune iniziative già nell'età della scuola dell'obbligo. Quest'ultima opera risulta tanto più necessaria, se si considera l'eventualità che non tutti gli scolari

accedano agli studi superiori e sia perciò necessario un intervento prima che rompano i fili comunicativi con le istituzioni educative.

Del resto gli operatori impegnati in queste iniziative - ed è questo un altro elemento saliente - sono abituati a sottoporre a verifica il proprio lavoro attraverso strumenti che non segnalano solo l'indice di gradimento delle esperienze svolte, ma cercano anche di testare le eventuali modifiche sopravvenute rispetto alle conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti: tutto ciò nella convinzione che, se l'educazione sanitaria si propone di far aumentare la consapevolezza dei rischi e il senso di responsabilità per promuovere atteggiamenti tesi ad evitare i comportamenti rischiosi, è importante verificare gli effetti degli interventi con tecniche il più possibili affidabili e attendibili.

Insomma sembra ormai consolidata una cultura della ricerca/intervento, in cui operatori della sanità, della scuola e in genere della cultura, attivano dei processi di cui vogliono essere costantemente consapevoli e in cui sono, di volta in volta o simultaneamente, soggetti e oggetti della ricerca e del cambiamento.

2. Un contributo critico

Da quanto fin qui richiamato appare chiaro che in tanta ricchezza di proposte e di progetti restano ancora alcune zone del mondo giovanile, cui sembra non si riesca ad arrivare con efficacia - e forse in questa direzione si potrebbe coinvolgere il mondo del volontariato.

Le iniziative, anche le più innovative, sembrano tutte rivolgersi al mondo della scuola, e in particolare della scuola pubblica: studenti e insegnanti sembrano i destinatari privilegiati, quando non esclusivi, degli interventi. I Centri di formazione professionale, le scuole private, ma anche gli adulti non insegnanti, quali gli stessi genitori dei ragazzi, o gli animatori del tempo libero, sembrano non essere considerati come interlocutori raggiungibili. È probabile che gli operatori debbano fare delle scelte e preferiscano utilizzare i canali istituzionali più collaudati, ma il rischio di trascurare ambiti importanti del mondo giovanile è comunque significativo.

Così come è degno di considerazione che nessuna delle testimonianze portate proponga un intervento diretto alle compagnie di strada, dove i ragazzi maggiormente a rischio passano molto del loro tempo, sia come tempo libero dalla scuola o dal lavoro, sia come tempo "totale" della loro esistenza.

Ci sono alcuni tentativi di riproporre anche per il mondo extrascolastico lo stile di lavoro sperimentato nell'ambito della scuola, nella speranza che gli stessi strumenti possano funzionare anche in contesti diversi, o che, quanto meno, le attività svolte a scuola abbiano poi una significativa ricaduta all'esterno: tentativi in questa direzione sono proposti sia per le iniziative rivolte ai genitori, sia per quanto riguarda l'educazione fra pari.

La prospettiva tuttavia non dovrebbe essere solo quella di moltiplicare le iniziative condotte dagli operatori, ma avviare progetti che, inserendosi nel quotidiano della vita giovanile, acquistino una definizione di autonomia, come animazione dei gruppi sociali già attivi, utilizzando le varie formule di accompagnamento formativo all'interno dei gruppi e dei luoghi in cui i giovani già vivono e si incontrano, senza restare in attesa che si presentino alle sedi istituzionali.

In particolare la *peer education* (inaugurata negli USA proprio per le iniziative di prevenzione dell'AIDS, ma che ovviamente può trovare molteplici campi di applicazione) fonda i suoi presupposti sulla convinzione che informazioni trasmesse dai giovani ai giovani siano assimilate e condivise in modo molto più efficace e produttivo che se indicate dagli adulti: le esperienze riportate confermano come diventi più facile superare le barriere comunicative e culturali, se sono i giovani gli interlocutori dei loro coetanei.

D'altro lato le attività che si rivolgono direttamente ai gruppi giovanili devono tenere conto del fatto che l'esperienza del gruppo è un compito evolutivo fondamentale per l'adolescente: molte esperienze testimoniano che azioni di accompagnamento formativo e progettazione, adeguatamente sintonizzate con le realtà giovanili e loro "dintorni" (insegnanti, animatori, ma anche allenatori, DJ, esercenti, forze dell'ordine, ecc.), si dimostrano particolarmente efficaci per promuovere l'integrazione socioculturale di quella popolazione che difficilmente diventerebbe utente dei servizi. Di conseguenza gli interventi sono tesi a riconoscere e valorizzare i messaggi di salute già vigenti nei gruppi: l'utilizzo di operatori non professionali e l'intervento indiretto all'interno del contesto, può facilitare i processi relazionali e contribuire ad attenuare le rigidità difensive che di solito caratterizzano i gruppi spontanei.

Spesso i gruppi di adolescenti, proprio per la loro collocazione marginale, non riescono a riconoscere le risorse di salute e cultura nel loro quartiere, nella loro scuola, nei diversi contesti: e l'impegno degli adulti dovrebbe consistere non nel "colonizzare" la cultura adolescente, ma nel segnalare e rendere accessibili tali risorse. Con l'obiettivo di aiutare i giovani a transitare dal ruolo di consumatori, di immagini, modelli e prodotti, al ruolo di produttori e organizzatori, capaci di

tradurre nel proprio mondo e nel proprio linguaggio la cultura di salute del mondo in cui vivono.

È probabile che all'interno dell'Azienda USL si debba cercare di integrare maggiormente le attività dei diversi Servizi: per esempio, l'attività di promozione della salute degli Spazi Giovani potrebbe articolarsi meglio con le attività di prevenzione dei SERT.

Un incoraggiamento in tal senso potrebbe venire dalla Regione, se si tornasse a finanziare non i singoli Servizi, ma i progetti/obiettivo: ad esempio, si potrebbe stabilire un finanziamento vincolato allo specifico raggiungimento di un obiettivo connesso con l'adolescenza, cui potrebbero convergere le attività di diversi servizi per il carattere interdisciplinare del progetto stesso.

D'altro canto il prezioso confluire in questo workshop di esperienze talora sconosciute, richiama alla necessità di una maggiore circolarità delle informazioni, circolarità non occasionale, ma sistematica: ogni realtà locale produce iniziative che costano tempo, fatica e risorse, e molta energia potrebbe essere in parte risparmiata se ci si permettesse di "copiarsi" l'un l'altro, per restituirsi a vicenda prodotti ulteriormente arricchiti dalle successive elaborazioni. In particolare per quanto riguarda il rapporto tra costi e benefici sarebbe molto fecondo uno scambio di informazioni sui diversi percorsi di promozione della salute e di prevenzione del disagio, per fornire agli operatori strumenti più raffinati di verifica, che permettano di riconoscere gli interventi di maggiore economicità ed efficacia.

Ma la diffusione delle conoscenze tra i servizi dovrebbe riguardare anche l'uso delle tecnologie multimediali, che ormai si attestano sempre più a livelli sofisticati e di fronte a cui i giovani sono sempre più esigenti. Del resto forse le Aziende USL dovrebbero cominciare a interrogarsi se non rientri nei loro compiti di educazione sanitaria promuovere, o quanto meno contribuire in modo decisivo, a vere e proprie campagne informative mirate alla prevenzione, per ovviare agli inevitabili limiti dell'intervento capillare rivolto ai piccoli gruppi e agli individui.

Da tutti infine un'ultima esplicita richiesta all'Amministrazione Regionale: l'esperienza realizzata con il Seminario del maggio 1997 non si esaurisca, ma diventi il primo incontro di una conversazione continua tra servizi e tra istituzioni, eventualmente tramite un organismo regionale a ciò deputato, sia per garantire la circolarità di informazioni appena richiamata, sia per un confronto costante di metodologie e dei modelli teorico-culturali che tali metodologie sostengono.

ESPERIENZA DELLA LEGA VOLONTARI ANTI-HIV DI RAVENNA IN ALCUNE CLASSI (TERZE, QUARTE E QUINTE) DI SCUOLE MEDIE SUPERIORI

G. Amadori e M. Zambianchi

Lega Volontari Anti HIV, Ravenna

La Lega volontari Anti HIV è entrata ormai da alcuni anni all'interno degli Istituti delle Scuole Medie Superiori per parlare di AIDS e quindi di prevenzione e solidarietà. In quasi tutte le occasioni i volontari si sono relazionati con un numero di ragazzi che andava, a seconda delle scuole, da 150 a 250 contemporaneamente; solo in rare occasioni si è parlato nelle singole classi, avendo però solo un'ora a disposizione.

Pur essendo riusciti a comunicare i messaggi fondamentali sulla informazione e prevenzione, in entrambi i casi è mancato qualcosa di essenziale: nei grandi raggruppamenti il confronto, il dialogo, il linguaggio appropriato (dovuto alla differenza di età tra gli scolari); in classe il poco tempo disponibile.

1. Le motivazioni

Come sottolineato, le esperienze precedenti per quanto valide mancavano di quell'approfondimento diretto e di quell'analisi dei problemi legati all'AIDS. Tale mancanza ha fatto sì che l'Associazione prendesse in esame lo studio di un progetto all'interno delle Scuole Medie Superiori articolato e basato sulla persona adolescente. Il progetto così pensato deve servire per attuare un cambiamento di comportamento e di alcuni pensieri e convinzioni basati sui soliti luoghi comuni.

Ormai l'infezione da HIV non si combatte più indicando i metodi di prevenzione, o meglio non solo, si deve invece riuscire ad incidere nel profondo della persona, si deve cercare di far "cambiare" la persona quasi in modo radicale.

Per questo l'informazione non può più essere generale e rivolta alla massa; al contrario deve essere specifica e mirata alla persona nel contesto in cui si vuole agire, usando quindi una metodologia ed un linguaggio appropriati.

L'intervento all'interno della scuola superiore ha avuto priorità perché ormai da due anni la fascia di età più a rischio per contrarre il virus HIV è proprio quella adolescenziale. In quattro regioni d'Italia (Lombardia, Liguria, Lazio, e Sardegna) come del resto negli Stati Uniti, l'AIDS è la prima causa di morte tra gli adolescenti. In Emilia-Romagna è la seconda causa di morte.

2. Svolgimento del progetto

Il periodo dell'esperienza è stato di quattro mesi, da febbraio a maggio 1996. Gli scolari coinvolti sono stati all'incirca 400 suddivisi in sei quinte, quattro quarte e quattro terze.

Le ore per gli interventi sono state quarantadue suddivise nelle singole classi da un minimo di due a un massimo di quattro.

La prima ora in quasi tutte le classi è servita a dare informazioni, precisazioni, curiosità di tipo medico statistico. Nelle ore successive si sono discussi argomenti scelti dagli studenti, quindi non è stato seguito un metodo pragmatico. In questo caso il volontario dell'Associazione ha assunto un ruolo di moderatore e ancor più di una persona pronta e desiderosa di ascoltare i loro dubbi, esitazioni e curiosità condividendo l'ironia e l'imbarazzo presenti in molte occasioni.

Naturalmente in alcuni casi il volontario è stato visto come l'esperto del problema AIDS, se non altro per l'esperienza e per il motivo del suo intervento, e qui si è rivelato fondamentale l'uso di diverse metodologie del lavoro di gruppo (mettersi in cerchio, utilizzare articoli di quotidiani o brani di libri, canzoni, simulate e associazioni di idee) per mantenere un rapporto di tipo orizzontale, quasi tra pari.

3. Obiettivi

- Fornire informazioni mirate e con linguaggio idoneo relative al problema AIDS.
- Capire quali ansie, paure e luoghi comuni occupano la vita di un adolescente riguardo il problema AIDS.
- Cercare di far passare non solo a livello letterale, ma anche nell'intimo della persona la diversità tra "categoria" e "comportamento".
- Diminuire i timori verso la persona sieropositiva/AIDS.

4. Conclusioni

L'impatto con gli studenti in tutte le classi è stato ottimale; subito si è instaurato un clima di dialogo e confronto, riuscendo così ad ottenere la fiducia, il rispetto e l'ascolto indispensabile per arrivare agli obiettivi proposti. Non seguendo uno schema ben preciso in quasi tutte le classi si è iniziato chiarendo i dubbi legati più alla parte medica per poi andare a parlare ed approfondire l'argomento che più interessava.

Gli argomenti più dibattuti riguardavano: la sfera sessuale, quella dei valori ed ideali ed il rapporto con la persona sieropositiva/AIDS, come amico/a, compagno/a di vita, coniuge e genitore. Altro argomento dibattuto è stato quello riguardante la diversità dell'altro vista naturalmente a maggior ragione nella persona omosessuale.

La vera ricchezza di questi incontri è stata la possibilità di interscambio di esperienze sia tra il volontario ed il gruppo che tra gli studenti stessi. In tutte le classi era palpabile la voglia di essere ascoltati e parlare tra pari.

L'obiettivo che più lascia l'amaro in bocca in quanto non raggiunto assolutamente è stato l'ultimo e cioè l'accettazione della persona sieropositiva/AIDS in quanto tale. In quasi tutte le classi la persona con HIV è una persona diversa con l'obbligo di dover sempre dire il suo stato sierologico, senza però il diritto di essere poi considerata, con i suoi affetti, le sue sofferenze e le sue gioie. Una persona sieropositiva anche all'età di 17/18 anni deve rinunciare alla sua vita affettiva.

**EDUCAZIONE AFFETTIVA E SESSUALE NELLA SCUOLA
DELL'OBBLIGO PER LA PREVENZIONE DELL'AIDS.
PROGETTO POLIENNALE DI FORMAZIONE DEGLI INSEGNANTI**

G. Ambanelli

Provveditorato agli Studi di Parma

A. Tessori

Coordinamento per l'Educazione alla salute

L. Ferrari

Dipartimento di prevenzione, Azienda USL di Parma

1. Introduzione

Il Coordinamento per l'Educazione alla Salute dell'Azienda USL di Parma ed il Coordinamento per la Prevenzione alle Dipendenze e Educazione alla Salute del Provveditorato agli Studi hanno una lunga e continuativa collaborazione che si concretizza in un solido rapporto interistituzionale da molti anni. Questo consente di progettare insieme, sia i piani di formazione dei docenti delle scuole di ogni ordine e grado, sia il piano di interventi integrati con il curriculum scolastico nelle classi delle scuole medie superiori su alcune tematiche di prevenzione. Tra queste la prevenzione all'AIDS che, nella tradizionale ottica della scuola, vede privilegiato il profilo educativo e viene quindi inserito nell'educazione affettiva ed alla sessualità.

Sulla base di una Convenzione, il comune obiettivo tra Coordinamento per l'Educazione alla Salute e Provveditorato è quello di rendere sempre più capaci ed autonomi gli insegnanti, rispetto alla progettazione di programmi di educazione alla salute e di delimitare in modo molto significativo gli interventi esterni nelle classi.

In quest'ottica, la scelta di "puntare" risorse sulla formazione poliennale degli insegnanti è sembrato un buon investimento.

2. Programma

<u>Obiettivo</u>	Fornire agli insegnanti strumenti, contenuti e sostegno per formulare/attuare programmi di prevenzione all'AIDS e di educazione alla sessualità.
<u>Destinatari</u>	n. 30 insegnanti della scuola dell'obbligo
<u>Tempi previsti</u>	Formazione poliennale
<u>Verifica</u>	Capacità degli insegnanti di elaborare/attuare programmi sul tema.
I anno	Informazione di base sul tema da parte dei tecnici dell'Azienda USL
II anno	Analisi disciplinare da parte degli insegnanti con la supervisione dei tecnici USL
III anno	Sui contenuti disciplinari individuati stesura di un programma che posseda un filo conduttore unificante sul tema
IV anno	Attuazione del programma con la supervisione dei tecnici USL
<u>Gruppo dei formatori USL</u>	pedagogista, psicologi, ginecologi, medici igienisti, pediatri, sessuologa, ostetriche, A.S.V.

1° Anno 1995 / 1996

Obiettivo

- Aumento delle conoscenze.
- Aumento della consapevolezza degli atteggiamenti personali nei confronti della sessualità.
- Riflessione sugli aspetti relazionali e metodologici inerenti l'Educazione alla sessualità.

Contenuti

- Identità personale e di genere.
- Anatomia, fisiologia, sviluppo puberale, contraccezione.
- Malattie sessualmente trasmesse.
- La relazione sessuale, fisiologia della sessualità.

Metodi

Relazione iniziale ed approfondimento per piccoli gruppi.

Tempi

4 incontri di quattro ore ciascuno.

Verifica

Questionario sulle conoscenze apprese.

2° Anno 1996 / 1997

Obiettivo

- Tradurre didatticamente i contenuti appresi nell'anno precedente.
- Analizzare i programmi a livello disciplinare individuandone obiettivi e contenuti pertinenti al tema.

Metodi

- Analisi in piccoli gruppi ed individuale con supporto/supervisione dei tecnici dell'Azienda USL
- Socializzazione/Comunicazione finale dei prodotti.

Tempi

6 incontri di tre ore ciascuno

3° Anno 1997 / 1998

Obiettivo

- Formalizzare progetti strutturati relativi ai contenuti disciplinari individuati nell'anno precedente.
- Evidenziare il filo conduttore unificante di tutti i progetti.

Metodo

Lavoro per piccoli gruppi interdisciplinari e successiva ristrutturazione nel grande gruppo.

Tempi

5 incontri di tre ore ciascuno.

Valutazione

Rispetto alle difficoltà incontrate.

4° Anno 1998 / 1999

Obiettivo

Attuazione del programma nelle proprie classi riportando il progetto nel percorso istituzionale (P.E.I. - Consiglio di classe).

Verifica

Sull'apprendimento dei ragazzi, sulla qualità di processo (Consiglio di classe, filo conduttore ecc.).

Tempi

Anno scolastico

L'IMPEGNO DEL CONSULTORIO GIOVANI DI RAVENNA NELLA PREVENZIONE DELL'AIDS: PRESENTAZIONE DI TRE TIPOLOGIE DI LAVORO

M.L. Andregretti e E. Saviotti

Consultorio Giovani, Azienda USL di Ravenna

1. Premessa

Gli operatori del Consultorio Giovani dell'Azienda USL di Ravenna, aderendo ad una visione globale delle problematiche adolescenziali e consapevoli che l'operatività consultoriale non è soltanto attività ambulatoriale, in questi anni hanno dedicato molto impegno alla realizzazione di iniziative di sensibilizzazione culturale intorno ai temi del cambiamento, dello sviluppo affettivo e relazionale, alla complessità dei rapporti intergenerazionali, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e dell'AIDS in particolare.

2. Ambiti di intervento

Integrazione aziendale

In questi ultimi anni molto si è lavorato per attivare e potenziare i rapporti di collaborazione con gli altri servizi e settori dell'AUSL che, a vario titolo, si occupano di adolescenza nell'intento di addivenire all'elaborazione di progettualità congiunte e integrate che evitino doppioni e sovrapposizioni.

Lavoro sul/con il contesto di vita dei ragazzi

Grande attenzione è stata posta nella costruzione di reti di collaborazione con le agenzie formative e aggregative del territorio. Così in questi anni i genitori, gli insegnanti, gli animatori di centri di aggregazione, gli educatori di strada, coloro cioè che con i ragazzi condividono la fatica di crescere nei diversi momenti della quotidianità, sono stati destinatari di proposte e percorsi formativi mirati.

Lavoro diretto con i ragazzi

Da anni ormai i ragazzi stessi sono diretti destinatari di interventi specifici, che perseguono l'obiettivo di offrire un aiuto mirato alla decodifica e gestione della normale fatica di crescere come persona, inserita in una rete allargata e complessa di relazioni sociali che ne determinano e sostengono l'unicità individuale.

All'interno di questi percorsi formativi viene trattato anche il tema dell'AIDS, in quanto si cerca di evitare interventi a pura valenza informativa su ambiti settoriali, per non incorrere nell'effetto paralizzante della ridondanza. Si cerca invece di far leva sul naturale bisogno/desiderio dell'adolescente di essere attivo protagonista dell'accadere, per facilitare l'adozione di comportamenti corretti, attraverso l'acquisizione della consapevolezza delle inevitabili potenzialità interattive del proprio agito.

3. Presentazione di tre diversi percorsi di lavoro

A conferma e supporto esemplificativo della logica di lavoro a cui in questi anni ci siamo attenuti, si presentano tre esempi di tipologia diversa per destinatari, metodologia di conduzione e obiettivi specifici:

- il primo modello di intervento (allegato A), denominato "Incontri di educazione alla relazione", vede coinvolti, in momenti separati, ma integrati nello stesso pacchetto formativo, ragazzi e genitori raggiunti all'interno di un Centro Giovanile a libera aggregazione, alla cui conduzione tecnica il Consultorio Giovani di Ravenna collabora dal 1994 attraverso la figura della psicologa;
- il secondo modello di intervento proposto (allegato B) vede i ragazzi stessi, raggiunti nel loro contesto scolastico, come i destinatari diretti e privilegiati di un intervento di "Educazione alla sessualità", intesa come momento strutturante e pregnante della totalità della persona, inserita in un contesto di affetti e relazioni con sé e con l'altro, che ne determinano l'unicità e la ricchezza individuale;
- il terzo ed ultimo modello di lavoro proposto (allegato C) riguarda un percorso informativo/formativo seguito da un gruppo di "educatori di strada" impegnati nel contenimento del disagio sociale conclamato, ai quali gli operatori del Consultorio Giovani hanno tenuto un corso finalizzato all'acquisizione di conoscenze specifiche, tecniche di comunicazione col singolo e di gestione del gruppo, in ordine ai temi del cambiamento, della sessualità e della prevenzione dell'AIDS.

ALLEGATO A

INCONTRI DI EDUCAZIONE ALLA RELAZIONE: PROGETTO DI INTERVENTO PER RAGAZZI E GENITORI DEL CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE "LA SVEGLIA" INTORNO AI TEMI DEL CAMBIAMENTO E DELLA SESSUALITÀ

Finalità

- Offrire occasioni di riflessione guidata e confronto tra pari intorno ai temi del cambiamento e della sessualità in età adolescenziale con particolare attenzione alla comunicazione interpersonale.
- Fornire informazioni sui Servizi Sociosanitari del quartiere permettendo di individuare le diverse figure professionali a cui poter fare riferimento in futuro.

Destinatari

Il ciclo di incontri si è articolato in due momenti distinti rivolti a:

- i ragazzi dagli 11 ai 17 anni che gravitano attorno al Centro
- i loro genitori.

Obiettivi

Con i genitori:

- attivarli nella programmazione del lavoro da svolgersi coi figli come occasione di confronto sulla percezione adulta dei bisogni/desideri dei figli adolescenti;
- offrire occasione di confronto-condivisione delle problematiche inerenti le modificate dinamiche familiari conseguenti l'ingresso nella fase adolescenziale del figlio come momento di riappropriazione del proprio ruolo genitoriale;
- restituzione dell'andamento degli incontri coi figli con esplicitazione delle principali problematiche emerse come occasione di confronto tra i vissuti dell'adulto e quelli dell'adolescente al fine di favorire il superamento di letture pregiudiziali del bisogno dell'altro.

Con i ragazzi:

- attivare occasioni di confronto su conflittualità e aspettative circa la relazione con le figure genitoriali e adulte in genere e sulle modalità per rapportarvisi;
- offrire occasione per confrontarsi sulle aspettative reciproche circa la frequentazione del Centro;

- offrire occasioni di confronto su conoscenze, pregiudizi e vissuti personali relativi alla sessualità e al rapporto con l'altro sesso;
- offrire informazioni corrette e mirate al livello di conoscenza al bisogno esplicitato.

Contenuti

Diversificati in funzione dei destinatari degli incontri in particolare:

Con i genitori

Cosa cambia e cosa spaventa la comunicazione col figlio adolescente e fra i membri della coppia genitoriale.

Con i ragazzi:

- 1) rapporti amicali:
 - l'importanza del gruppo dei pari
 - identificazione e senso di appartenenza
- 2) il rapporto con l'adulto:
 - desiderio di autonomia
 - desiderio/bisogno di riconoscimento sociale
 - bisogno di trasgressione e contenimento
- 3) il rapporto con l'altro sesso:
 - l'innamoramento
 - il corteggiamento
 - il rapporto tra amore e sesso
- 4) le trasformazioni fisiche della pubertà:
 - cenni di anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttivo
 - la contraccezione e la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

Metodologia

Sono state utilizzate modalità di conduzione e diversificate in funzione dei destinatari degli incontri e dei diversi momenti di attivazione del progetto globale quali:

- brevi relazioni a carattere informativo
- questionari, giochi individuali e di gruppo al fine di favorire la conoscenza reciproca e sollecitare la partecipazione attiva
- materiali audiovisivi
- ampio spazio alla discussione per piccolo gruppo ed allargata
- distribuzione di materiale informativo, gadget del Consultorio Giovani, ecc.

Tempi

Inizio nel 1995 con la seguente articolazione:

- un incontro di due ore con i genitori in orario serale
- quattro incontri di tre ore con i ragazzi in orario pomeridiano
- un ulteriore incontro di due ore con i genitori in orario serale

Sede

Centro di aggregazione giovanile " La Sveglia ".

Conduttori

- Psicologa del Consultorio Giovani di Ravenna
- Psicologa del Consultorio Familiare del quartiere
- Ginecologo del Consultorio Familiare del quartiere
- Ostetrica del Consultorio Familiare del quartiere
- Assistente sociale del Consultorio Familiare del quartiere;
- Operatore Culturale della Circoscrizione ed Educatore Coordinatore operanti presso il Centro "La Sveglia".

ALLEGATO B

PROGETTO "EDUCAZIONE ALLA SESSUALITÀ" RESSO IL LICEO SCIENTIFICO STATALE "A. ORIANI" DI RAVENNA

Percorso educativo globale

Aderendo ad un modello di approccio globale all'adolescenza, gli operatori intendono proporsi ai giovani nella posizione di coloro che sarebbero contenti di accompagnarli e sostenerli in un percorso di esplorazione di tutti quei campi del cambiamento che essi vogliono aprire all'adulto.

L'obiettivo è quello di uscire dal modello stereotipato dell'esperto che fa una performance e sparisce per cercare di aprire uno spazio di riflessione ed incontro che potrebbe poi continuare anche all'interno del Consultorio Giovani su loro richiesta diretta.

Per realizzare questo feeling fra persone è necessario un numero minimo di incontri tale da permettere l'instaurazione di un rapporto affettivamente significativo in modo da essere individuati ed accettati dal ragazzo come interlocutori coi quali sia possibile affrontare i temi del cambiamento e della sessualità e trovare supporto alla fatica di crescere. Metodologicamente si privilegerà il lavoro gruppale cercando di favorire, all'interno del gruppo classe, l'instaurazione di un clima di fiducia e condivisione che permetta il confronto tra pari nel rispetto delle soggettività. Insieme si cercherà di individuare linguaggi che consentano di lasciare dire la sessualità intesa come un aspetto fondamentale della propria vita in quanto elemento che struttura e impregna il processo di ricerca di se. Non si nasconderà come parlare di sessualità sia parlare di qualcosa che fa nascere imbarazzo, emozioni forti anche nell'adulto, ma ciò nonostante si cercherà di passare l'idea che non per questo vada sottaciuta e negata affinché il sapere possa farsi conoscenza, competenza, patrimonio cognitivo.

Incontrare i giovani ed accettare di mettersi in sintonia con i loro bisogni, con la loro esperienza interiore, di parlare con loro dell'amore, del desiderio, della seduzione dell'incontro, ecc., si pensa possa essere un modo per farli uscire dal sentimento di solitudine, di esclusivismo di fronte alla fatica di crescere.

Offrire e supportare momenti di confronto col gruppo dei pari e di estrinsecazione del sé consente infatti una crescita delle consapevolezza e permette di imparare a relazionarsi con l'altro anche su terreni scottanti come quello della sessualità per addivenire all'acquisizione di un senso di reciprocità e responsabilità personale e collettiva, uscendo dalla logica dell'isolamento e della competizione.

Attivazione del progetto

Fondamentale nel percorso di attivazione è il momento di incontro iniziale coi singoli gruppi classe destinatari dell'intervento al fine di favorire una reciproca conoscenza, presupposto preliminare per qualsiasi incontro che possa essere definito tale nel senso più vero del termine.

Da tale momento uscirà l'individuazione di un *range* di tematiche affrontabili nel corso dei due incontri successivi, frutto della mediazione tra gli interessi esplicitati dai ragazzi e le conoscenze degli operatori al riguardo.

In quel contesto i conduttori cercheranno di acquisire informazioni circa il livello di conoscenze in ordine ai temi individuati posseduto dai ragazzi, ma, soprattutto di inquadrare le caratteristiche e le dinamiche del gruppo, per iniziare a cogliere abitudini ed atteggiamenti individuali nei confronti delle tematiche specifiche e di fare una prima ipotesi circa le risorse umane e strumentali attivabili negli altri due incontri.

Relativamente a questi non è quindi possibile per ora avanzare ipotesi né in merito ai contenuti, né relativamente alla metodologia di conduzione, in quanto a livello progettuale è solo possibile dire che l'obiettivo generale sarà comunque quello di favorire la partecipazione alla situazione grupppale, la discussione ed esplicitazione di opinioni personali e la espressione di vissuti individuali in ordine al tema specifico.

Spazi

Per facilitare l'instaurazione della relazione è opportuno che gli incontri si possano tenere all'interno di spazi già conosciuti e affettivamente investiti di significato da parte dei ragazzi stessi come quelli scolastici.

Strumenti e sussidi

- È possibile prevedere la proiezione di un filmato di presentazione delle problematiche affrontabili e sarà quindi necessario essere nella condizione di poter disporre della strumentazione tecnica necessaria per poterlo fare.
- Potrebbe rivelarsi utile distribuire schede di attivazione per tematiche specifiche e in tal caso sarà necessario poter fare un numero di fotocopie pari al numero di allievi.
- A fine incontro saranno distribuiti gadget pubblicitari del Consultorio Giovani al fine di facilitare in coloro che ravvisassero il desiderio, la possibilità di poter accedere agli spazi e ai servizi offerti dallo stesso.

Operatori coinvolti

Fedeli al modello di approccio globale, tutti gli operatori dell'équipe del consultorio giovani potrebbero essere coinvolti nell'attivazione degli ultimi due incontri in base al tipo di problematiche individuate nel corso del primo, che sarà condotto dalla figura dello psicologo affiancato da un altro operatore dello Spazio Giovani (ginecologo, ostetrica, assistente sociale). Si cercherà comunque di porre particolare attenzione alla necessità di offrire soluzione di continuità alla significatività della relazione instaurata.

Tempi di esecuzione

Per garantire continuità e pregnanza alla relazione tra conduttori e gruppi classe si prevede di individuare una o due giornate fisse di attivazione che potrebbero essere quelle del lunedì e del venerdì da impegnarsi fino ad esaurimento degli incontri.

ALLEGATO C

PROGETTO "EDUCAZIONE ALLA SESSUALITÀ" PRESSO IL LICEO SCIENTIFICO "A. ORIANI" DI RAVENNA NELL'ANNO SCOLASTICO 1996/97

Premessa

Il percorso di lavoro di "Educazione alla sessualità" è stato realizzato nei mesi di marzo e aprile 1997 nelle 4 classi terze e ha coinvolto un totale di circa 106 allievi, con un impegno orario di circa 6 ore per classe, articolato in tre incontri di due ore ciascuno.

Dopo un primo incontro con ciascun gruppo classe finalizzato all'instaurazione di un clima di collaborazione e di presentazione del progetto con la conseguente individuazione dei temi e delle modalità più consone ai diversi gruppi, la parte operativa vera e propria si è estrinsecata secondo modelli tra loro molto diversificati, in funzione delle caratteristiche ed interessi esplicitati dai vari gruppi.

In seguito al primo incontro con ogni classe si è deciso che a condurre anche gli incontri successivi sarebbero stati ancora lo psicologo e il ginecologo, al fine di garantire continuità alla relazione instaurata e in quanto ritenuti gli operatori più indicati per proseguire in modo appropriato il lavoro intorno ai temi individuati.

Articolazione degli interventi nelle classi

Il percorso seguito, le metodologie di lavoro e i temi trattati in ogni classe sono riassumibili come segue.

III A (19 allievi)

Fin dal primo incontro si è scelto di utilizzare un filmato, realizzato dal Consultorio Giovani dell'Azienda Città di Bologna, come traccia di presentazione organica delle problematiche connesse all'età del cambiamento, affinché fungesse da guida alla discussione.

Nel primo incontro i temi toccati sono stati quelli dei vissuti scatenati dai cambiamenti fisici, psicologici e relazionali che contraddistinguono l'adolescenza. Buona parte della discussione, condotta a livello di gruppo allargato, ha ruotato intorno al tema del rapporto con i genitori ed è emerso un clima generale di non conflittualità e di fiducia nei confronti degli adulti ai quali viene riconosciuto il ruolo di contenimento e guida di fronte alle fatiche e incertezze del quotidiano, pur emergendo desideri di riconoscimento e spunti di rivendicazione di maggiore autonomia.

Nel secondo incontro si è dato seguito alla proiezione del filmato che ancora una volta ha fatto da filo conduttore permettendo di proporre una riflessione e discussione allargata sui temi delle differenze di genere e degli stereotipi culturali connessi, dell'amicizia e dell'amore, inteso come fase dell'innamoramento e come rapporto di coppia duraturo. Si è inoltre proposta alla discussione una riflessione sull'omosessualità e sui vissuti negativi che il tema scatena.

Su tutti questi argomenti si è notata una grande maturità individuale e una buona capacità di riflettere su di sé e sul proprio agito. Nel complesso è emersa una buona capacità grupale di ascolto reciproco e un forte rispetto della possibilità per ciascuno di esporsi al suo interno. Il gruppo ha dimostrato di possedere la capacità di riflettere collettivamente su tematiche a forte impatto emotivo.

Non sono però emerse domande o curiosità particolari o temi specifici su cui concentrare in modo peculiare l'attenzione per cui l'ultimo incontro è sembrato esaustivo dell'intero ciclo.

III B (28 allievi)

Clima grupale allegro e vivace la cui gestione è stata più difficoltosa per la oggettiva difficoltà di trovare argomenti che li potessero coinvolgere tutti.

La proiezione del filmato ha anche qui funzionato da guida alla discussione che nel primo incontro si è soffermata sui vissuti diversi relativi ai cambiamenti fisici dell'adolescenza che alcuni hanno vissuto in modo negativo in quanto troppo precoci e altri in ritardo rispetto alla media dei coetanei. Si trattava comunque di reminiscenze di temi ormai dell'immediato passato sui quali si cercava di far leva, per creare un clima di autoriflessione e di confronto rispettoso delle reciproche soggettività, come presupposto ai temi successivi.

Nel secondo incontro si è discusso della differenza di opportunità e di vissuti connessi al genere di appartenenza al fine di favorire l'individuazione di un sé sessuato e in relazione con l'altro.

Nel corso dell'ultimo incontro si sono proposti temi più coinvolgenti, connessi agli affari di cuore, ai problemi relativi alla "prima volta" e si è innescata una discussione intorno al "valore" della verginità e del rapporto sessuale vero e proprio, nonché della contraccezione e dei rapporti occasionali. In quest'ultimo incontro, tenendo conto del forte impatto emotivo connesso alle tematiche toccate e al clima troppo caotico che il gruppo allargato innescava, si è proposto un lavoro per piccoli gruppi di libera scelta. Questo *escamotage* metodologico ha facilitato la discussione tra di loro su interessi comuni condivisi, sebbene molto diversificati tra loro.

Complessivamente si è rilevato un contesto classe troppo disomogeneo per livelli di sviluppo e conseguenti interessi individuali e inoltre l'alto numero di allievi non ha

certo favorito l'amalgama e la discussione allargata intorno alle tematiche previste, per cui la strategia del lavoro per piccoli gruppi si è rivelata la più funzionale per dare a tutti la possibilità di esprimersi e confrontarsi.

III C (28 allievi)

Fin dal primo incontro il clima gruppale si è rivelato caotico e poco rispettoso delle individualità soggettive. È stato molto faticoso individuare tematiche che potessero catalizzare le attenzioni dei più e nella discussione il livello di attenzione è stato altalenante con picchi di forte partecipazione e lunghi momenti di polemizzazione a livelli pressoché duali. Atteggiamenti di tipo provocatorio si sono avvicinati con altri in cui emergeva il desiderio dei più di individuarsi rispetto ad un gruppo che non li rappresentava collettivamente, nell'intento di definirsi e conservare un senso di identità soggettivo rispetto ai temi. Questi ultimi comunque nel corso del primo incontro si sono mantenuti su livelli molto generali (tipo il look).

Nel corso del secondo incontro si è scelto di proporre un lavoro a gruppo allargato che prevedeva di mettere alla prova le proprie opinioni circa affermazioni relative al rapporto tra i sessi e di motivarle pubblicamente. Questo metodo ha permesso l'individuazione di un filo conduttore unico ma su temi velocemente spendibili, il che ha sortito l'effetto di ottenere l'interesse di tutti intorno alle tematiche proposte e di tenere vigile l'attenzione grazie alla rapidità con cui ogni argomento veniva toccato. La partecipazione e discussione a livello gruppale è stata molto attiva e allo stesso tempo ha permesso a molti di esprimersi individualmente.

Nel terzo incontro si è continuato il lavoro con il gruppo allargato utilizzando il "gioco dei miti e dei fatti" che ha permesso di affrontare il problema della contraccezione e delle malattie sessualmente trasmesse. Le sollecitazioni alla riflessione intorno a temi coinvolgenti e diretti, relativi al rapporto sessuale e alle sue conseguenze hanno permesso ad alcuni di trovare il coraggio di fare anche domande libere al ginecologo, le cui risposte sono state ascoltate con attenzione da parte dei più. Nonostante questo alcuni allievi hanno disturbato in modo evidente e sfacciato portando ad una chiusura anticipata dell'incontro stesso.

III D (27 allievi)

In questa classe fin dal primo incontro si è deciso di non utilizzare il filmato per avere maggiore tempo a disposizione per discutere in maniera libera sull'amicizia e sul rapporto amoroso, temi da loro stessi proposti. Essendo comunque il gruppo classe abbastanza numeroso non sempre è stato facile consentire a tutti di esprimersi liberamente, ma soprattutto di essere ascoltati.

Nel secondo incontro loro stessi hanno spontaneamente ripreso la modalità precedente di discussione a gruppo allargato, portando il discorso sui temi dell'identità, sul

conformismo al gruppo ed al contesto sociale. Sebbene la scelta dei temi sia stata autonoma e quindi sicuramente aderente ad un loro desiderio di confronto su tali argomenti, ai conduttori è subito stato evidente l'impossibilità di gestire un gruppo così numeroso senza incorrere nel rischio di una frammentazione dell'andamento della comunicazione e la penalizzazione di alcuni a beneficio di altri più propositivi ed attivi. Si è quindi cercato di guidare il lavoro, utilizzando schede di attivazione che permettessero di contenere l'ambito della discussione intorno a tematiche ben individuate e di dare a tutti la possibilità di esprimersi su di esse. Il lavoro è stato guidato verso il tema dell'identità sessuale, sollecitando l'estrinsecazione di opinioni personali circa le differenze tra l'essere maschio e l'essere femmina. La partecipazione dei ragazzi è stata buona.

Nel terzo incontro c'era un clima attento e partecipe, sebbene un po' caotico, cosa che comunque non ha impedito di terminare il lavoro iniziato la volta precedente. Successivamente si è introdotto il tema della contraccezione e delle malattie sessualmente trasmesse con il "gioco dei miti e dei fatti" che ha mantenuto vivo l'interesse dei ragazzi ed ha stimolato domande su temi inerenti. Il congedo è stato sereno con una distribuzione dei gadget del Consultorio Giovani e una richiesta di alcuni di chiarimenti sul come e dove potervi accedere.

Conclusioni

L'obiettivo iniziale di creare un clima di discussione gruppale sereno e coinvolgente è stato, con maggiore o minore fatica, raggiunto adottando metodologie diverse nelle varie classi in modo da catalizzare l'attenzione intorno ai temi per loro più coinvolgenti tenendo conto delle rispettive differenze gruppali. Nel complesso si pensa che ai ragazzi l'occasione abbia consentito non tanto l'acquisizione di informazioni ed approfondimenti di temi specifici, quanto piuttosto di vivere un'esperienza di confronto e di ascolto reciproco, cosa che per altro riteniamo essere un presupposto basilare per la conservazione di un qualunque rapporto intimo (amicale o di coppia che sia).

Si pensa quindi di poter esprimere un giudizio positivo sull'andamento del percorso proposto, seppure con la perplessità residua che se lo stesso intervento fosse stato attivato almeno un anno prima, la partecipazione attiva dei ragazzi sarebbe potuta essere ancora maggiore. A questa età infatti ci è sembrato di riuscire ad attirare l'interesse degli allievi soprattutto intorno a temi specifici e settoriali, mirati su di un singolo aspetto della sessualità (per esempio sulla contraccezione, sulle malattie sessualmente trasmesse, ecc.), mentre riteniamo che sia imprescindibile un inquadramento globale della tematica sessuale nel suo contesto affettivo-relazionale.

ALLEGATO D

PERCORSO DI FORMAZIONE PER EDUCATORI DI STRADA

Finalità

- acquisire conoscenze specifiche rispetto alle problematiche adolescenziali;
- acquisire tecniche di comunicazione col singolo e di gestione del gruppo in ordine ai temi del cambiamento.

Destinatari

Gruppo di “Educatori di strada” che lavorano, per conto del Servizio Sociale, con ragazzi dai 9 ai 18 anni in condizione di disagio conclamato.

Contenuti

- Come e quando nasce la sessualità umana
- Come si struttura l’identità di genere
- Come cambiano i rapporti:
 - il ruolo del gruppo dei pari
 - l’importanza e la funzione dell’amico del cuore
 - il rapporto con l’adulto
 - il rapporto con l’altro sesso
- Come supportare il ragazzo di fronte alle trasformazioni puberali e alle pulsioni sessuali
- Come reagire di fronte alla masturbazione
- Come parlare di contraccezione
- Come compiere un’azione di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e dell’AIDS in particolare
- Come favorire la conoscenza e l’accesso ai servizi pubblici

Tempi

Ciclo di nove incontri a cadenza mensile di tre ore ciascuno.

Metodologia

Nel corso degli incontri si sono avvicendati:

- momenti informativi sui contenuti teorici individuati insieme, nel corso di un incontro preliminare;
- momenti di discussione di situazioni reali connesse alla pratica lavorativa;
- momenti di presa visione, e conseguente discussione sul modo di utilizzare con i ragazzi, del materiale audiovisivo e/o schede di attivazione sui temi previsti

Sede

Gli incontri si sono tenuti presso la sede del Consultorio Giovani

Operatori coinvolti

- psicologa del Consultorio Giovani che ha coordinato l'esperienza e ha partecipato a tutti gli incontri
- ginecologo del Consultorio Giovani che ha trattato i temi del cambiamento fisico
- due ostetriche che hanno affrontato in momenti diversi del corso tematiche specifiche connesse alla contraccezione e ai primi rapporti sessuali.

AIDS: SEMPRE MENO UN'EMERGENZA SANITARIA, SEMPRE PIÙ UN PROBLEMA EDUCATIVO

U. Baldari, P. Galassi e Raffuzzi L.

Consultorio Giovani, Azienda USL di Forlì

1. Premessa

Per intervenire a difesa della salute non basta informare: specialmente nel campo della sessualità le informazioni sanitarie attivano resistenze di ordine emotivo e spesso non vengono integrate sul piano dei comportamenti. L'educazione sessuale dunque non può esaurirsi in momenti sporadici o attività isolate che rischiano di risultare frammentarie, sconnesse e quindi inefficaci. Essa va inserita nel processo educativo, dato che la dimensione sessuale è un aspetto fondamentale della personalità umana. Purtroppo, molto spesso, gli adulti che rivestono un ruolo educativo evitano di affrontare i discorsi relativi alla sessualità a causa dell'imbarazzo e del senso di disagio che tali argomenti suscitano o, più semplicemente, perché non dispongono di strumenti validi, si sentono inadeguati e non sanno come affrontare questi temi.

È necessario formare gli adulti vicini ai ragazzi, perché a loro volta essi formino gli adolescenti attraverso una relazione educativa efficace. Questa relazione educativa dovrebbe offrire spazi di dialogo e di confronto che aiutino i giovani a prendere coscienza dei propri valori e dei criteri che orientano le loro scelte in campo sessuale.

La formazione sulle tematiche sessuali non può consistere in una serie di contenuti teorici o di informazioni scientifiche che, seppur necessarie, sono insufficienti. Essa dovrebbe invece stimolare la riflessione e la verifica personale: non può quindi prescindere dalla partecipazione diretta da parte dei soggetti coinvolti che devono essere i protagonisti della discussione, avere la possibilità di mettersi in gioco, di esprimere e raccontare se stessi, di comunicare le proprie esperienze ed opinioni ed ascoltare quelle degli altri.

Le attività di educazione socio-affettiva e sessuale dell'Azienda USL di Forlì si articolano in progetti rivolti ai giovani e percorsi formativi e di consulenza per gli adulti che rivestono un ruolo educativo (genitori, insegnanti, educatori).

2. Il modello teorico

Un passo molto importante per gli operatori è stato quello di identificare un modello teorico al quale riferirsi e dal quale far derivare le scelte operative. Da ciò è derivato dapprima il rifiuto della delega al ruolo di "esperti" ai quali competevano tutti gli interventi di educazione sessuale e successivamente un nuovo modo di progettare i

percorsi con i ragazzi e la scelta di organizzare momenti di formazione per genitori, insegnanti, educatori sui temi dell'educazione socio-affettiva e sessuale.

Un ulteriore momento di crescita è stato quello di incontrarsi, scontrarsi, avere dei momenti di formazione e identificare un modello teorico cui ispirarsi. Se non ci fosse stato questo processo evolutivo la prassi operativa avrebbe continuato ad essere confusa ed estemporanea. Il modello teorico cui ci ispiriamo è quello della psicologia umanistica che possiede una visione positiva dell'esistenza e dell'essere umano: ogni persona possiede in se stessa la tendenza all'autorealizzazione e allo sviluppo delle proprie potenzialità.

Talvolta il processo di crescita è ostacolato da fattori contingenti esterni o interni all'individuo: in questo caso, secondo lo psicologo Carl Rogers può essere offerta alla persona una relazione di aiuto fondata sulle condizioni di accettazione incondizionata, empatia e trasparenza. All'interno di questa concezione dell'essere umano, la sessualità è parte integrante della persona, veicolo e motore dell'affettività, nucleo centrale dell'identità, investe il corpo, la mente, l'immagine di sé ed i rapporti con gli altri. La sessualità adulta è la risultante di un lungo processo di interazioni tra istanze individuali ed esperienze intercorse con l'ambiente: le esperienze possono aver facilitato l'integrazione degli aspetti somatici, affettivi ed intellettivi così da aver favorito la salute sessuale dell'individuo, oppure possono aver soffocato le potenzialità creative a vantaggio di istanze conflittuali e disarmoniche.

Alla luce di questi assunti teorici l'educazione sessuale non può diventare una materia curricolare soggetta al modello tradizionale "insegnamento-apprendimento", né può essere delegata agli esperti. Deve invece essere inserita in un rapporto educativo costante nel tempo, rispettoso dell'altro, propositivo e non impositivo: più che fare educazione sessuale è necessario dunque inserire la sessualità nell'educazione.

Dare ai ragazzi informazioni chiare è importante, ma non sufficiente: informare non è educare. L'educatore efficace (sia esso genitore, insegnante, operatore) instaura un rapporto basato sulla conoscenza dell'altro, sull'accettazione, sulla comprensione. Le informazioni sanitarie corrette possono essere ignorate, rimosse e mal interpretate poiché la sfera emotiva interagisce con quella cognitiva e non sempre ad un buon livello informativo corrispondono comportamenti corretti per la difesa della propria salute.

Ma allora esiste un approccio educativo "migliore" o più efficace all'interno del quale possa essere affrontato anche il discorso sulla sessualità? A nostro avviso sì. Non è l'approccio scientifico volto unicamente a fornire elementi contenutistici relativi all'igiene sessuale e agli aspetti pericolosi della sessualità; non è quello conservatore o libertario nel quale l'educatore ha come unico scopo quello di trasmettere ai ragazzi i propri modelli di comportamento. È invece l'approccio umanistico-esistenziale per il quale l'adulto può aiutare i giovani a compiere un'analisi critica dei valori culturali per

appropriarsi di quelli che si ritengono più importanti per la propria esistenza. È quell'approccio che offre informazioni e conoscenze ma anche spunti di confronto, di discussione, di crescita del potenziale umano affinché ogni individuo possa costruirsi liberamente e responsabilmente il proprio progetto di vita.

3. Il modello operativo

Il nostro tentativo è quello di coniugare questi principi teorici con una prassi operativa strutturata in modo sufficientemente sistematico. Per quanto possibile abbiamo abbandonato lo stile dello spontaneismo per adottarne uno basato sulla progettazione complessiva degli interventi di educazione sessuale. Ci sforziamo, infatti, di capire le caratteristiche del contesto situazionale in cui andremo ad intervenire, di formulare gli obiettivi che intendiamo perseguire, di adottare una metodologia idonea e di utilizzare o costruire degli strumenti di verifica.

D'altra parte però ci rendiamo conto della complessità della situazione nel momento in cui attiviamo un processo educativo/informativo sui contenuti della sessualità, processo che vedrà coinvolti degli individui che parteciperanno all'interazione formativa con un coinvolgimento globale, sia cognitivo che emotivo. Consapevoli del fatto che non sempre alle acquisizioni su un piano cognitivo fanno seguito modificazioni del comportamento nel senso desiderato, a causa dell'interferenza della sfera psico-emotiva, abbiamo cercato di approfondire delle metodologie che prevedessero un ruolo attivo dei soggetti e che offrissero spazio per l'elaborazione dei vissuti emozionali legati ai contenuti affrontati.

Se consideriamo, ad esempio, il problema dei comportamenti preventivi rispetto alle malattie sessualmente trasmesse o all'utilizzo di contraccettivi efficaci, è stato da più fonti verificato che interventi mirati esclusivamente all'acquisizione di informazioni corrette non sono sufficienti nel determinare cambiamenti significativi a livello comportamentale.

Il criterio qualificante che sorregge il cambiamento è la consapevolezza, e questa si attua coinvolgendo la sfera degli atteggiamenti e delle motivazioni. Ed è per questo motivo che, punto cardine della nostra modalità di progettazione, proponiamo una serie di stimoli che attivino nei ragazzi e negli adulti l'esplorazione di sé ed il confronto con gli altri. Per garantire tutto questo e per mobilitare un buon livello di attenzione e concentrazione, durante gli incontri di educazione sessuale viene utilizzata la metodologia dell'educazione socio-affettiva come teorizzata da Francescato e Putton (1986): la parte informativa viene sempre preceduta da una o più attivazioni, che consistono in giochi individuali e di gruppo, durante i quali i partecipanti discutono e si confrontano sul tema. La conduzione del gruppo di discussione viene fatta

dall'operatore con le modalità di "circle time", di ascolto empatico, di accettazione delle diverse opinioni, di facilitazione della comunicazione.

4. Il progetto di formazione per gli insegnanti

L'attività di educazione socio-affettiva e sessuale del Consultorio Giovani dell'Azienda USL di Forlì si articola in progetti rivolti ai giovani e percorsi formativi e di consulenza per gli adulti che rivestono un ruolo educativo (genitori, insegnanti, educatori).

Il percorso formativo per l'educazione sessuale rivolto agli insegnanti si divide in tre corsi specifici: uno per la scuola elementare, uno per le medie ed uno per le superiori. Tutti i corsi vengono svolti in due moduli: il primo propedeutico che prevede venticinque ore di formazione ed il secondo applicativo che prevede trenta ore di formazione e al quale accedono solo i docenti che hanno svolto il primo modulo.

La preparazione professionale degli insegnanti risulta spesso carente rispetto alle competenze relazionali mentre, a nostro avviso, è indispensabile per parlare di sessualità a scuola, che si crei in classe un clima di fiducia e rispetto e che si attui una gestione del gruppo tale da facilitare i processi comunicativi. L'insegnante pertanto, durante il modulo propedeutico, potrà imparare a porsi come facilitatore della comunicazione e potrà svolgere un percorso di verifica delle proprie motivazioni, atteggiamenti, valori personali e contro-attitudini al fine di capire se è disponibile a gestire dei percorsi di educazione sessuale con i ragazzi.

Già nel primo modulo la metodologia utilizzata è di tipo attivo: i momenti teorici sono brevi e costituiscono uno stimolo per il lavoro di gruppo che risulta essere il principale strumento dell'attività formativa.

Nel secondo modulo poi, ogni insegnante è chiamato a misurarsi con la gestione diretta del gruppo dei colleghi durante un incontro su un tema concordato di educazione socio-affettiva e sessuale. In questo secondo momento formativo, infatti, le acquisizioni relative alla conduzione di gruppo e alla facilitazione della comunicazione devono essere sperimentate nel concreto affinché ognuno possa lavorare nella direzione della autocorrezione rispetto ad eventuali barriere comunicative, contro-attitudini ed errori di conduzione.

Attualmente sono più di centocinquanta gli insegnanti dei tre ordini di scuola che hanno completato i percorsi formativi. Molti di loro sono già impegnati nella progettazione ed attuazione di percorsi di educazione socio-affettiva e sessuale nelle loro classi.

La collaborazione con gli operatori USL anche al termine della formazione, continua in modo assiduo poiché essi restano disponibili per la supervisione dei progetti, per la conduzione di iniziative congiunte, per l'offerta di materiali e strumenti e per

l'eventuale intervento specialistico qualora i ragazzi delle Scuole Medie Superiori scelgano di approfondire temi a contenuto medico-sanitario.

A titolo esemplificativo si riportano negli allegati A e B gli obiettivi ed i contenuti dei due moduli del corso per insegnanti di Scuola Media Superiore.

Bibliografia

FRANCESCATO D. E PUTTON N., *Star bene insieme a scuola*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

MARMOCCHI P. E RAFFUZZI L., *Le parole giuste*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

RAFFUZZI L., INOSTROZA N., MALMESI A., *Scoprirsì*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996.

WHO/UNESCO, *School health education to prevent AIDS and STD*, vol. 1, 2, 3, Rio de Janeiro, 1994.

ALLEGATO A

CORSO DI FORMAZIONE PER INSEGNANTI DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE SULLE TEMATICHE DI EDUCAZIONE SOCIO-AFFETTIVA E SESSUALE: MODULO PROPEDEUTICO

Progetto

Il corso ha come obiettivo principale quello di fornire alcuni strumenti conoscitivi e critici sugli stili comunicativi che possono condurre ad una migliore qualità della relazione con il gruppo classe, specialmente dove si intendono progettare interventi di educazione alla sessualità.

È basato su una metodologia attiva che prevede la partecipazione diretta dell'insegnante al fine di favorire una riflessione su valori e atteggiamenti personali riferibili alla sessualità, in particolare a quella adolescenziale.

Ogni partecipante potrà pertanto verificare la propria disponibilità ed attitudine a gestire spazi di dialogo e crescita con i propri alunni sui temi di educazione sessuale.

Il corso si connota come propedeutico ad una vera e propria attività di educazione socio-affettiva e sessuale anche se offrirà degli spunti operativi per interventi con i ragazzi.

Obiettivi

A breve termine:

- incremento delle capacità comunicative, relazionali e di gestione del gruppo classe;
- aumento della consapevolezza dei propri valori ed atteggiamenti rispetto alla sessualità;
- aumento delle conoscenze relative a metodi e strumenti per l'educazione alla sessualità;
- aumento delle capacità di utilizzo di alcune tecniche di lavoro con i gruppi;
- aumento delle conoscenze rispetto ad alcuni temi di educazione sessuale.

A medio termine:

- aumento delle capacità di elaborare strategie di intervento con i ragazzi sui temi relativi alla sessualità.

A lungo termine:

- programmazione e attuazione di interventi di educazione alla sessualità nelle classi delle Scuole Medie Superiori.

Metodologia

La metodologia proposta è di tipo attivo e si baserà, oltre che su lezioni teoriche, anche sul lavoro individuale e di gruppo.

Contenuti

L'approccio fenomenologico per l'educazione alla sessualità:

- l'adolescenza,
- i valori e le norme in campo sessuale,
- le tre condizioni di Rogers per la relazione di aiuto,
- i vissuti degli adulti rispetto alla sessualità degli adolescenti,
- le barriere comunicative,
- l'ascolto empatico,
- il messaggio io,
- il *circle time*,
- gli aspetti anatomico fisiologici nello sviluppo adolescenziale,
- il controllo della fertilità in adolescenza,
- le situazioni difficili.

Verifica

Relativa al raggiungimento degli obiettivi a breve termine:

- schede di verifica giornaliera e compiti a casa,
- valutazione dei conduttori e relazione dell'osservatore,
- questionario finale di auto valutazione e gradimento.

Relativa al raggiungimento dell'obiettivo a medio termine:

- incontri con gli insegnanti delle singole scuole.

Relativa al raggiungimento dell'obiettivo a lungo termine:

- sperimentazione di progetti di educazione sessuale nelle classi, attuati con la collaborazione degli operatori del Consultorio Giovani.

ALLEGATO B

CORSO DI FORMAZIONE PER INSEGNANTI DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE SULLE TEMATICHE DI EDUCAZIONE ALLA SESSUALITÀ: MODULO APPLICATIVO

Requisiti di ammissione

- Partecipazione al primo modulo di formazione.
- Attestato di frequenza ad esso relativo.

Progetto

In questa seconda fase del percorso di formazione i docenti che già hanno frequentato il corso propedeutico avranno modo di acquisire e sperimentare uno schema operativo di conduzione degli incontri di educazione alla sessualità.

Saranno essi stessi gli attori della formazione, in quanto a turno lavoreranno alla progettazione e realizzazione di un incontro di educazione sessuale, coadiuvati dagli esperti.

Da un lato si procederà alla verifica delle capacità dell'insegnante a condurre e gestire il gruppo classe in base ai contenuti già affrontati nella prima fase della formazione (accettazione, empatia, congruenza, ascolto attivo, evitare le barriere comunicative, tecnica di *circle time*), dall'altro si approfondiranno i temi specifici dell'educazione sessuale.

Obiettivi

A breve termine:

- aumento delle conoscenze relative a metodi e strumenti per l'educazione alla sessualità;
- consolidamento delle proprie competenze relazionali attraverso la conduzione di un incontro di educazione socio-affettiva e sessuale;
- costruzione di un incontro di discussione/approfondimento su alcuni temi di educazione sessuale;
- acquisizione della capacità di formulare un progetto di educazione sessuale attraverso l'elaborazione degli obiettivi, delle strategie operative e delle modalità di verifica;
- aumento della capacità di gestione del gruppo classe durante un incontro di educazione sessuale.

A medio termine:

- aumento della capacità di collaborare con altre persone alla elaborazione di progetti di educazione alla sessualità.

A lungo termine:

- programmazione ed attuazione di interventi di educazione alla sessualità nelle classi.

Metodologia

Lezioni - lavoro individuale - lavoro di gruppo.

Contenuti

Costruzione di un progetto di educazione sessuale: definizione degli obiettivi, ideazione delle attivazioni, definizione dei contenuti teorici che si vogliono trasmettere, ricerca degli strumenti tecnici di supporto, scelta delle modalità di verifica.

Contenuti relativi a temi specifici di educazione sessuale scelti dai partecipanti al corso (i rapporti sessuali, le malattie a trasmissione sessuale, l'innamoramento, la pornografia, gravidanza maternità e paternità, l'aborto, i ruoli sessuali, la contraccezione, anatomia e fisiologia).

Verifica degli obiettivi

Relativa al raggiungimento degli obiettivi a breve termine:

- questionario finale di autovalutazione e gradimento;
- analisi dei conduttori sull'andamento del Corso.

Relativa al raggiungimento dell'obiettivo a medio termine:

- incontri con gli insegnanti delle singole scuole.

Relativa al raggiungimento dell'obiettivo a lungo termine:

- sperimentazione di progetti di educazione sessuale nelle classi, attuati con la collaborazione degli operatori USL.

Valutazione

Uno dei criteri fondamentali per valutare l'efficacia dei percorsi formativi è che i docenti al termine della formazione si impegnino nella progettazione ed attuazione di percorsi di educazione socio-affettiva e sessuale nelle loro classi. I percorsi formativi vengono progettati proprio perché abbiano una ricaduta in termini di lavoro per favorire il benessere psicosessuale dei giovani e non come occasione di approfondimento teorico fine a se stesso.

Durante lo svolgimento dei percorsi vengono utilizzate varie tecniche di verifica i cui risultati vengono poi discussi e assemblati nel tentativo di pervenire ad una valutazione complessiva dell'esperienza e ad eventuali correzioni ed aggiustamenti nella progettazione e conduzione.

Al termine dei percorsi formativi gli insegnanti ritengono di aver migliorato la loro capacità progettuale, di essere più preparati per affrontare i temi di educazione socio-affettiva e sessuale, di essere stati molto aiutati dal confronto con i colleghi e dal lavoro di gruppo, di aver ricevuto importanti strumenti metodologici, di essere più consapevoli dei propri vissuti e valori e dei propri errori nello stile comunicativo.

Gli insegnanti di Scuola Elementare sono molto ricettivi ed aperti alle proposte formative e si dichiarano molto soddisfatti del percorso svolto. Questo è associabile al fatto che già da tempo usano la metodologia attiva e sono capaci di rendere i bambini protagonisti dei progetti partendo dal loro livello di conoscenze. Sono inoltre abituati a lavorare in équipe e svolgono volentieri il ruolo di facilitatori della comunicazione e delle relazioni.

Gli insegnanti di Scuola Media Inferiore hanno più difficoltà nell'utilizzare la metodologia attiva ed hanno un interesse prioritario per i contenuti: non si sentono abbastanza preparati a livello teorico per avviare progetti di educazione sessuale. Hanno anche maggiori difficoltà nel lavorare in équipe e la motivazione personale diventa l'elemento discriminante per il successivo impegno in interventi di educazione sanitaria.

Gli insegnanti di Scuola Media Superiore hanno un discreto entusiasmo per la metodologia attiva, ma temono di perdere il loro ruolo. Sanno affrontare molto bene gli incontri di educazione sessuale a livello contenutistico, ma durante le attivazioni hanno difficoltà nel facilitare la comunicazione tra i membri del gruppo classe e si pongono spesso in relazione con i ragazzi in modo "normativo". Tendono a scoraggiarsi per le molte difficoltà burocratiche che incontrano nell'avviare i percorsi di educazione socio-affettiva e sessuale. Non sono abituati a lavorare in équipe e frequentemente sono docenti già impegnati in molte altre attività all'interno della scuola.

L'Azienda USL di Forlì ha organizzato dei percorsi formativi anche per genitori e educatori che lavorano con preadolescenti e adolescenti. Rispetto al lavoro svolto con i genitori possono essere fatte le seguenti considerazioni generali: sono una categoria molto motivata ed hanno un elevato gradimento per il lavoro di gruppo e per le occasioni di confronto con altri genitori; hanno un generale imbarazzo nell'affrontare il tema della sessualità; desiderano che i figli siano ben informati sui rischi connessi a certi comportamenti sessuali, ma propendono per la delega alla scuola o agli esperti; hanno un forte bisogno di consulenza rispetto alla gestione di nuovi comportamenti e richieste dei figli (amici, uscite, soldi, partner ...); hanno una distorsione percettivo-

temporale rispetto alla sessualità dei loro ragazzi, nel senso che li giudicano più lontani dal fare scelte di sessualità attiva di quanto non siano in realtà.

La categoria professionale degli educatori ha un ottimo livello di partenza rispetto alle capacità relazionali e alla motivazione al lavoro con i ragazzi. Gli educatori hanno inoltre una grossa capacità di mettersi in gioco e di lavorare in équipe. Desiderano ricevere strumenti e tecniche di animazione di gruppo all'interno dei percorsi di formazione per svolgere meglio i progetti educativi che già portano avanti. Corrono il rischio di identificarsi troppo con i ragazzi oppure di essere normativi rispetto a valori e scelte individuali.

I percorsi di educazione socio-affettiva e sessuale nelle Scuole Medie Superiori

I progetti di educazione socio-affettiva e sessuale svolti dagli operatori del Consultorio Giovani di Forlì all'interno delle Scuole Medie Superiori del territorio prevedono quattro incontri per ogni classe prescelta e affrontano i temi richiesti dai ragazzi; i temi vengono affrontati con una metodologia attiva che permette agli studenti di partecipare in prima persona al percorso tramite una serie di giochi, attivazioni, discussioni e lavori di gruppo. Nell'incontro preliminare gli operatori del Consultorio Giovani presentano il Servizio e raccolgono le "domande segrete" in base alle quali verranno strutturati i successivi incontri. I temi più richiesti dai ragazzi sono quelli dell'innamoramento, dell'inizio dell'attività sessuale, dei ruoli sessuali, della contraccezione, dell'AIDS e delle altre malattie a trasmissione sessuale, delle nuove droghe.

Tutti gli operatori che portano avanti i progetti con gli adolescenti hanno usufruito di una specifica formazione che ha insegnato loro a gestire il gruppo classe in modo efficace, proponendo attività e giochi nella prima parte dell'incontro e offrendo spunti teorici brevi e chiari (mirati anche in base a ciò che è emerso dell'esperienza di vita dei ragazzi durante la fase di gioco nella seconda parte).

I percorsi di educazione socio-affettiva perseguono i seguenti obiettivi:

- aiutare i giovani ad acquisire un benessere psicosessuale facendo propri i valori della libertà e responsabilità, del rispetto di sé, e dell'altro;
- aiutare i giovani ad avere un atteggiamento positivo e responsabile verso la sessualità ed il proprio corpo;
- aiutare i giovani ad assumere atteggiamenti e comportamenti preventivi rispetto al problema delle interruzioni di gravidanza e delle malattie sessualmente trasmesse;
- aiutare i giovani ad assumere comportamenti preventivi rispetto al consumo di sostanze stupefacenti, con particolare riferimento alle "nuove droghe";
- aiutare i giovani a prevenire l'abuso di alcool.

Questi ultimi due obiettivi sono perseguibili grazie alla collaborazione con gli operatori del SERT nata nell'anno scolastico 1995/'96.

Il punto di forza dei percorsi di educazione socio-affettiva è la metodologia utilizzata che è di tipo attivo poiché prevede la partecipazione diretta dei ragazzi che sono chiamati a riflettere su valori e opinioni personali, a confrontarsi con i coetanei, ad analizzare e discutere i problemi emersi.

Sono stati costruiti degli strumenti idonei a stimolare il dialogo e il confronto: attraverso questi giochi la classe può affrontare l'argomento partendo da contenuti coinvolgenti, non lontani dalla realtà dei ragazzi. Ad esempio il gioco delle opinioni ha come obiettivo quello di far riflettere gli studenti a livello individuale, di farli confrontare in piccoli gruppi e di farli discutere in plenaria. Viene loro precisato che sulla scheda di lavoro troveranno delle opinioni per le quali non esistono a priori risposte giuste o sbagliate. Il gioco di ruolo invece ha l'obiettivo di esemplificare alcune situazioni problematiche affinché i ragazzi possano ricercare insieme soluzioni efficaci per la tutela della propria salute.

Durante le attivazioni, il conduttore ha solo il compito di facilitare i processi comunicativi e la dinamica di gruppo affinché possano emergere i vissuti e le esperienze dei ragazzi (senza porsi in questa fase come un esperto).

Alla fine della discussione potrà riprendere i contenuti emersi durante il gioco fornendo alcune informazioni mirate e andando a colmare le lacune dei ragazzi o ad evidenziare i loro comportamenti scorretti sul piano della tutela della salute psicofisica. Al termine di ogni incontro tutti i ragazzi ricevono una scheda di valutazione in cui viene loro chiesto di riflettere sugli aspetti positivi e negativi, sull'utilità del lavoro svolto e sulla necessità di approfondire ulteriori argomenti. Si chiederà anche ai ragazzi di valutare il proprio stile comportamentale per facilitare eventuali cambiamenti qualora questo si sia rivelato inefficace sul piano della tutela della propria salute.

Nel 1996 con i percorsi di educazione socio-affettiva e sessuale sono stati raggiunti più di 1400 ragazzi delle Scuole Medie Superiori di Forlì.

L'incontro sul tema AIDS e malattie sessualmente trasmesse

Qualora i ragazzi scelgano di parlare di AIDS e malattie sessualmente trasmesse avranno un incontro di due ore con il Dott. Baldari, dermatologo dell'Ospedale Morgagni di Forlì. Attualmente sono 900 circa i ragazzi che hanno svolto questo tema.

L'incontro è articolato su tre momenti fondamentali:

- l'attivazione
- la lezione
- la verifica.

L'attivazione consiste nel "mettere in tensione" la classe mediante giochi, storie di vita, questionari di opinione e *role playing*. Vengono utilizzati strumenti diversi a seconda che l'intervento sia rivolto agli studenti del biennio o a quelli del triennio.

La lezione deve prevedere il passaggio di informazioni scientificamente corrette su AIDS e MST con un linguaggio comprensibile che utilizzi esempi concreti e storie vere di persone che il dermatologo incontra nella sua attività quotidiana. Particolare attenzione viene data ai comportamenti preventivi che possono contemplare varie possibilità di scelta individuale: dall'astenersi dai rapporti sessuali, alla fedeltà di coppia, al corretto utilizzo del profilattico.

Rispetto alla verifica dell'aumento delle conoscenze a seguito degli incontri è stata svolta una ricerca che ha coinvolto 16 classi di Scuola Media Superiore. In 8 classi è stato svolto l'intervento del dermatologo mentre le altre 8, simili alle prime, sono state utilizzate come gruppo di controllo. Nelle classi del gruppo sperimentale è stato proposto un test in entrata ed in uscita su AIDS e MST; lo stesso test è stato somministrato una sola volta nelle classi di controllo. Le domande scelte si riferivano unicamente a contenuti scientifici e non a temi etico/morali.

Le risposte in entrata del gruppo sperimentale e le risposte del gruppo di controllo sono sostanzialmente sovrapponibili. Notevole differenza esiste nelle risposte in uscita del gruppo sperimentale che dimostra di aver ottenuto un significativo aumento delle conoscenze. Il 75% delle risposte in entrata sono sbagliate o sono risposte "non so"; dopo l'intervento si riducono al 13%. Le conoscenze relative alle malattie sessualmente trasmesse-non AIDS risultarono estremamente scarse (il 90% delle risposte sbagliate o "non so"): dopo l'intervento le risposte corrette raggiungono il 77%. La popolazione scolarizzata aveva in partenza un buon livello di conoscenze sui comportamenti preventivi rispetto al contagio con l'HIV che peraltro migliorano a seguito dell'intervento.

PROGETTO PREVENZIONE AIDS

G. Baroncini

Istituto Tecnico Commerciale Statale "Giuseppe Compagnoni", Lugo (RA)

Il progetto prevenzione dell'AIDS nasce nel 1993 nell'Istituto Tecnico Commerciale Statale "Giuseppe Compagnoni" di Lugo (RA) in collaborazione con l'AUSL, e si inserisce nel Progetto Giovani e educazione alla salute dell'Istituto, ai sensi della C.M. 343 del 7 dicembre 1992.

L'obiettivo è quello di creare premesse educative per costruire nei nostri allievi il "valore salute".

La scuola ha partecipato con i propri docenti alla realizzazione del progetto sia nella fase iniziale per fissare gli obiettivi, sia nella fase attuativa creando un gruppo interistituzionale che ha favorito la crescita di un ambiente di classe sereno in cui gli allievi sono stati protagonisti di un processo di crescita conoscitiva e formativa.

360° SPAZIO GIOVANI A RIMINI

L. Belloni e T. Trappoli

Settore tutela famiglia, coppia e giovani - Distretto di Riccione e di Rimini, Azienda USL di Rimini

1. Introduzione

Gli spazi giovani dell'Azienda USL di Rimini (Distretto di Riccione e di Rimini) hanno svolto la propria attività di prevenzione esterna con progetti di "educazione alla sessualità e prevenzione alle malattie sessualmente trasmesse" rivolti alle classi II Medie Superiori e con la formazione a Docenti di Scuola Media Inferiore.

Non potendo rispondere a tutte le richieste pervenute dalle scuole, si è dovuto necessariamente operare una scelta. La valutazione si è focalizzata sulle classi II Medie Superiori poiché si è pensato che in questa età i ragazzi abbiano necessità di informazioni sulla sessualità e molto legate ad esigenze immediatamente pratiche: le statistiche segnalano che a questa età la sessualità incomincia ad essere agita ed aumenta il rischio di contrarre malattie a trasmissione sessuale. Altro motivo della scelta è che gli argomenti trattano anche la sfera dell'affettività, perciò l'intervento sulle classi seconde è agevolato dal fatto che il gruppo-classe è già formato e questo permette più apertura alla confidenza.

Fin dalla prima programmazione (1990) si è scelto di svolgere 5 incontri in ogni gruppo di classe, ciascuno di 2 ore, suddivisi in moduli (ne è un esempio l'allegato) non rigidamente strutturati ma modificabili, in modo da rendere il progetto finale il più aderente possibile alle richieste degli insegnanti e dei ragazzi. Infatti, il progetto può essere adattabile alle valutazioni e considerazioni che emergono dagli incontri con i docenti e alle domande dei ragazzi.

Prima di iniziare un ciclo di incontri, chiediamo sempre ai ragazzi di fornirci un elenco, rigorosamente anonimo, degli argomenti che intendono trattare, dei dubbi in materia di sviluppo e di sessualità, dei disagi e delle paure, dei sentimenti e delle emozioni.

Ci è sembrato subito più vantaggioso inserire il discorso dell'AIDS all'interno di un rapporto educativo "positivo" in cui i ragazzi si sentissero prima di tutto ascoltati, accettati, capiti. Il nostro lavoro si avvale del metodo esperienziale, poiché è attraverso questa modalità - i dati e molte ricerche lo confermano - che i ragazzi possono sviluppare quelle caratteristiche di responsabilità, di capacità di confronto, di controllo dell'ansia, necessarie per affrontare non solo il problema delle malattie a trasmissione sessuale, ma ogni altro tipo di problema.

In tema di malattie sessualmente trasmesse il nostro intervento prevede che gli studenti:

- riflettano e discutano sul fenomeno di tali malattie e sui comportamenti a rischio;
- analizzino il ruolo dei mass media;
- aumentino le loro conoscenze sulle principali malattie a trasmissione sessuale.

La metodologia comprende:

- lavori di gruppo
- discussione
- lezioni frontali
- visione di filmati
- giochi di ruolo

Il corso sopra descritto viene effettuato ogni anno e a tutt'oggi sono stati svolti 566 interventi su 155 classi per un totale di 3.211 studenti. Dal 1990 al 1994 il corso ha interessato ragazzi delle Scuole Medie Inferiori e precisamente le classi terze, mentre dal 1995 al primo semestre 1997 l'intervento è stato svolto nelle classi seconde degli Istituti Superiori della Provincia di Rimini.

2. Progetto di educazione alla sessualità

1° incontro

Presentazione dell'équipe, illustrazione del programma

I modulo: "crescere è anche cambiare"

- l'adolescenza: il corpo allo specchio
- chi sono io? Il percorso dell'adolescenza a partire dalla maturazione puberale

2° incontro

II modulo: "l'adolescente e la rete di relazioni"

- rapporti genitori-figli
- l'amicizia: i gruppi giovanili, l'amico del cuore.

3° incontro

III modulo: "vivere la sessualità"

- corteggiamento, innamoramento, amore
- corporeità e comunicazione.

4° incontro

IV modulo: “malattie sessualmente trasmesse”

- tempi e mutamenti dei costumi sessuali: problemi attuali delle malattie sessualmente trasmesse
- informazione e prevenzione

5° incontro

V modulo: “sessualità responsabile”

- dalle magie degli antichi alle conoscenze attuali
- la scelta del contraccettivo: aspettative-resistenze.

Conclusioni con gli studenti e richieste di chiarimenti su argomenti ancora aperti.

3. Corso di educazione sessuale rivolto agli insegnanti di Scuola Media Inferiore

Per quanto riguarda le Scuole Medie Inferiori, a Rimini si sta conducendo un corso di formazione all'educazione sessuale, su 30 incontri, rivolto a 33 docenti delle Scuole Medie Inferiori della Provincia di Rimini ed è articolato come segue.

Obiettivo generale

Attivazione del corso mirato alla formazione di formatori del personale docente della Scuola Media Inferiore, che afferisce al Provveditorato agli Studi di Rimini, con l'assunzione di competenze per la programmazione e gestione di interventi di educazione alla sessualità. Tale progetto ha lo scopo di raggiungere un maggior numero di studenti con una riduzione di interventi diretti da parte degli operatori di 360°.

Obiettivi specifici

- Assunzione di consapevolezza e riflessione sulla costellazione delle tematiche connesse alla sessualità, valorizzando le tracce relazionali, emotive e d'affettive ad essa sottese, ed enfatizzando il rapporto profondo di comunicazione, di interazione e di crescita di sé.
- Assunzione di competenze per la gestione, col metodo esponenziale, di modalità operative funzionali all'obiettivo generale stesso e parimenti elaborazione di vissuti e contraddizioni che possono modificare, inficiare e destrutturare interventi di educazione alla sessualità.

Metodologia

Attraverso il lavoro di piccoli gruppi, si intende attivare:

- l'elaborazione individuale dei vissuti emozionali rispetto alla sessualità, facendo riferimento al "metodo esperienziale";
- l'apprendimento di strategie di approccio alla prevenzione con l'elaborazione di strumenti tematici finalizzati;
- assunzione di informazioni attraverso lezioni frontali sulle tematiche generali sottese alla sessualità, saltando il curriculum informale (informazione sessuale già aperta dagli insegnanti), con il curriculum virtuale (ciò che si è appreso a livello bibliografico) e con il curriculum formale (ciò che verrà appreso nel corso).

RICERCA SUI COMPORAMENTI A RISCHIO DI INFEZIONE DA HIV PER VIA ETEROSESSUALE NELLA POPOLAZIONE GIOVANILE A MODENA

E. Bertolani

Assessorato alle Politiche Socio-Sanitarie e per l'Immigrazione, Provincia di Modena

1. Introduzione

L'idea di promuovere uno studio sui comportamenti a rischio di infezione da HIV per via eterosessuale nella popolazione giovanile, nasce all'interno del Coordinamento Provinciale AIDS su indicazione dello Spazio Giovani, un servizio territoriale dell'USL che da tempo si occupa di iniziative rivolte alla salute degli adolescenti. Le attività di informazione/educazione promosse nelle scuole si stanno sviluppando, in questi ultimi anni, anche intorno al tema dell'AIDS.

Tra i presupposti necessari ad orientare gli interventi di prevenzione, come la motivazione e la formazione degli operatori, mancava il dato conoscitivo della specifica realtà su cui si intende intervenire. A questo punto si è sviluppato un progetto di indagine utile ad acquisire conoscenze di applicazione pratica (programmazione di interventi mirati), nonché spazio di osservazione della realtà dei gruppi in alcuni suoi aspetti specifici come: la comunicazione interpersonale, la sfera affettiva e quella sessuale.

I partner di questo progetto sono stati l'AUSL, il Servizio alle Politiche Giovanili del Comune di Modena che, nella sua funzione di osservatorio dei comportamenti giovanili ha collaborato e concorso al progetto e alla sua realizzazione, e l'Amministrazione Provinciale che, attraverso l'Assessorato Sanità, ha offerto competenze e risorse per l'iniziativa. Le tre istituzioni impegnate direttamente nella ricerca hanno costituito un gruppo di lavoro composto da tre sociologi, uno psicologo, un supervisore sociologo.

Obiettivo della ricerca non è solo raccogliere dati statistici sul grado di conoscenza e sui comportamenti sessuali, ma anche conoscere i codici comunicativi e culturali della sessualità degli adolescenti modenesi, con riferimento alla questione attuale dell'AIDS. Per adolescenti le scienze sociali indicano la fascia d'età che va dai 13 ai 19 anni. Per le specificità della ricerca e per le sue finalità non abbiamo considerato tutti gli adolescenti, ma abbiamo privilegiato la fascia d'età che va dai 17 ai 19 anni, conosciuta come tarda adolescenza, ritenuta la più esposta ai rischi di una possibile infezione.

A tal fine sono stati coinvolti, prendendo parte alle interviste e alla somministrazione dei questionari, i seguenti gruppi:

- 16 gruppi giovanili informali, che sono stati incontrati tra settembre e novembre del 1995;

- 10 gruppi giovanili formali (3 gruppi sportivi in polisportive, 3 gruppi Parrocchiali, 4 gruppi dell'AGESCI) che sono stati intervistati tra gennaio e aprile;
- 14 classi scolastiche di V classe delle scuole I.P.S. Cattaneo, I.T.C. Barozzi, I.T.F. Selmi, I.T.I. Fermi, I.T.I. Corni, Liceo Scientifico Wiligelmo, Liceo Classico S. Carlo; e 2 classi di IV dell'Ist. Magistrale Sigonio; sono state incontrate tra febbraio e marzo 1996.

Complessivamente i gruppi incontrati sono stati 42 per un totale di 574 ragazzi che hanno preso parte attivamente alla ricerca.

L'Azienda USL, la Provincia e il Comune di Modena hanno costituito un gruppo di lavoro di esperti, da loro proposti, che seguissero tutte le fasi della ricerca: progettazione, intervista, somministrazione dei questionari e stesura del rapporto finale.

2. Interventi mirati

A seguito del primo rapporto di ricerca, presentato ufficialmente in occasione della Giornata Mondiale sull'AIDS il 30 novembre 1996, il gruppo di lavoro interistituzionale ha ritenuto opportuno proporre alcuni interventi operativi di informazione, i quali sono orientati ad approfondire aspetti specifici della conoscenza del fenomeno HIV nei giovani. Questa seconda fase di lavoro del Coordinamento Provinciale AIDS ha come principale obiettivo quello di raggiungere gli adolescenti nelle loro aggregazioni informali, in modo tale da coinvolgere anche i giovani lavoratori che dalla ricerca risultano sicuramente i meno informati in merito al fenomeno in oggetto.

I progetti di intervento, da realizzarsi nel corso del 1997, possono essere sintetizzati come segue:

- presentazione della ricerca nei gruppi giovanili informali: attività di restituzione e discussione dati tra i gruppi giovanili intervistati. Riflessioni in merito ai risultati della ricerca e approfondimento degli aspetti per i quali i giovani presentano maggiori perplessità;
- intervento di informazione e prevenzione dell'AIDS all'interno delle discoteche: realizzazione di materiale informativo da distribuire nei locali da ballo e di momenti di incontro focalizzati sull'informazione e sulla riflessione in merito ai comportamenti a rischio.

In entrambi i casi sono stati coinvolti alcune associazioni di volontariato con operatori a buon grado di preparazione, impegnate nella prevenzione dell'infezione e nell'assistenza ai malati di AIDS.

LA PREVENZIONE VA A SCUOLA

A. Cervi, R. Cervi, E. Catellani e C. Cavatorti

Associazione Reti Sociali Val d'Enza

1. Introduzione

Il Servizio tossicodipendenze (SERT) di Montecchio Emilia (RE) nell'anno 1991/92, in seguito ad un'analisi dei dati relativi al fenomeno tossicodipendenza nel suo territorio di riferimento comprendente gli otto Comuni della Val d'Enza, evidenzia come la maggioranza degli utenti abbiano avuto insuccessi scolastici o siano solamente in possesso del diploma di scuola media inferiore; da questi risultati emerge con pregnanza l'esigenza di fare prevenzione al disagio giovanile nelle scuole.

In Italia manca una tradizione di interventi preventivi nel SERT; il problema è sempre stato visto come "emergenza droga", periodicamente riproposto dai mass media, spesso in coincidenza di episodi di cronaca ad alto effetto emotivo.

Dall'inizio degli anni '90 però, l'attenzione si è spostata sempre più sulla prevenzione del disagio e sulla riduzione del danno, in una logica di interdipendenza tra le varie agenzie sociali: i Comuni, i Servizi, la Scuola, Le Associazioni di volontariato del territorio.

In corrispondenza di questa nuova concettualizzazione del disagio, il SERT di Montecchio Emilia ha promosso, nel 1992, un progetto specifico di prevenzione sul territorio della Val d'Enza, coinvolgendo in tale percorso anche operatori non professionisti (volontari).

Si è costituito un gruppo di lavoro permanente territoriale (formalizzatosi poi in un'associazione di volontariato: l'Associazione Reti Sociali Val d'Enza) capace di progettazione, di formazione e di penetrazione sociale attraverso la tessitura di una rete sociale consistente; tale gruppo di volontariato è stato formato dall'agenzia RES (Risposte, Esperienze, Servizi) di AP ed interconnesso con i servizi pubblici del territorio (in particolare gli Enti Locali della Val d'Enza ed il SERT di Montecchio Emilia promotore dell'iniziativa).

La formazione dei membri dell'Associazione Reti Sociali Val d'Enza è stata finalizzata alla creazione di due gruppi di volontari:

- il gruppo "Operatori di strada"
- il gruppo "Animatori nelle scuole"

Questi due gruppi interagenti tra loro lavorano attualmente in rete, realizzando progetti di prevenzione nel territorio della Val d'Enza (RE). Il concetto di rete è un modo di definire la realtà di una persona, di una microcultura riconosciuta, di un

contesto che si identifica in termini organizzativi e/o culturali. Esso designa lo spazio-tempo in cui detti soggetti si identificano e vengono identificati. Questo spazio-tempo è il frutto di un dare e ricevere significati tra i vari punti di rete. Questo concetto designa quindi un punto di vista assolutamente soggettivo. Intervenire su una rete significa far fare agli elementi che la compongono (soggetti, relazioni) movimenti cognitivi e operativi tali da produrre una ridefinizione (cambiamento) del sistema di scambio dei significati e/o dello spazio/tempo.

2. Presentazione dell'Associazione

L'Associazione Reti Sociali Val d'Enza iscritta all'albo regionale del volontariato il 13/05/1993 - C.F. 91027910354, P.I. 01556440350, è composta da animatori di strada ed animatori del territorio. Entrambi i gruppi hanno svolto la loro regolare formazione nonché aggiornamento con l'agenzia R.E.S. di Capodarco di Fermo (AP).

Da cinque anni l'Associazione si occupa di prevenzione del disagio giovanile con progetti di animazione nelle classi delle scuole elementari, medie inferiori e medie superiori dei comuni della Val d'Enza, attraverso unità di animatori di scuola.

Sono stati svolti due corsi per insegnanti, uno per la scuola media superiore di Sant'Ilario ed uno per le maestre delle scuole elementari di Cavriago e Montecchio. Questi progetti presentano anche un corso congiunto insegnanti, genitori, figli.

Da 6 anni, unità di operatori di strada svolgono attività di prevenzione e di riduzione del danno sul territorio nei luoghi del disagio, attraverso animazione territoriale. Si collabora con il SERT di Montecchio Emilia e con le strutture di recupero (comunità terapeutiche). Questi volontari offrono appoggio a ragazzi tossicodipendenti seguiti dal SERT, e fungono da aggancio per ragazzi che ancora non hanno smesso l'uso di sostanze.

Si sono svolte attività di sensibilizzazione presso le varie agenzie sportive attraverso un corso per operatori sportivi, tenutosi nell'ottobre-novembre 1995. È stato ideato e organizzato un monitoraggio del territorio nell'ambito sportivo, con distribuzione e rilevamento di un questionario atto a delineare in modo più specifico il mondo sportivo della Val d'Enza, e a raccogliere opinioni ed eventuali disponibilità da parte degli operatori sportivi a partecipare al corso suddetto.

Nel 1992 è stata allestita in piazza a Sant'Ilario d'Enza una tenda, per circa 5 giorni, per offrire la possibilità a diverse associazioni di volontariato di informare la cittadinanza delle loro attività, e ai giovani di presentare opere artistiche.

Nel 1993 è stato realizzato un video della durata di 45 minuti riguardante i giovani nelle diverse epoche (anni '40, '60, '80 e attuale) con domande relative a: rapporto genitori/figli, mondo del lavoro, tempo libero. La cassetta è stata proiettata nella

biblioteca del comune di Bibbiano alla presenza di giovani e meno giovani, ed ha rappresentato un momento di confronto e di conoscenza sgombrando il campo da eventuali pregiudizi reciproci.

Il 4 giugno 1993 l'Associazione ha collaborato all'attuazione della giornata di studio "Araba Fenice" Operatori di strada: utopia o realtà?, svoltasi a Montecchio Emilia.

Nell'estate 1994 si è svolto un concorso di *murales* aperto ai giovani della Val d'Enza presso la piazza antistante la Croce Bianca di Sant'Ilario d'Enza, offrendo la possibilità di esprimere la loro creatività e coinvolgimento del pubblico. La manifestazione si è conclusa con la premiazione del murale più votato dai presenti e con un concerto rock di giovani gruppi musicali locali.

Si è provveduto ad una accurata raccolta di informazioni sui Servizi Sociali della Val d'Enza in termini di funzioni, modalità di accesso, orari di apertura, operatori e referenti sul territorio, in vista della realizzazione di una guida pratica ai Servizi Sociali della Val d'Enza stampata e distribuita nell'anno 1995.

Da giugno a dicembre 1995 l'Associazione ha collaborato con il Comune di Montecchio Emilia attraverso una convenzione che ha permesso di allestire un ufficio a Montecchio presso cui, nel prossimo anno, si progetta l'apertura di uno sportello di ascolto per giovani e non.

È stato svolto un corso per operatori di strada ed animatori di territorio con il SERT di Sant'Ilario richiestoci dal SERT di Guastalla per i suoi comuni.

In continuità con il progetto nell'anno scolastico 1996-97 sono state individuate tre volontarie (Dott.ssa Catia Cavatorti, Dott.ssa Raffaella Cervi e Dott.ssa Elena Catellani) che, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, hanno continuato a svolgere attività di prevenzione nelle scuole, non più come volontariato a causa della richiesta ingente del territorio. Sono stati svolti tre corsi per gli insegnanti di scuola elementare ed animazione in trenta classi tra elementari, medie inferiori e medie superiori. L'attività di volontariato è stata svolta solo su nove classi: una classe di scuola media superiore e le altre di scuola media inferiore.

3. L'animazione come metodo di coinvolgimento interattivo

L'animazione è sempre stata, ed è ancora, una pratica sociale finalizzata alla presa di coscienza e allo sviluppo del potenziale. Il suo fine ultimo è dunque l'aumento della libertà e del potere degli individui, dei gruppi e delle comunità. Libertà di pensiero al di fuori di soggezioni, condizionamenti e manipolazione; e potere di fare e di trasformare, di creare ciò che è possibile, attualizzando il potenziale.

Questa impostazione implica l'ipotesi di libertà negate o potenzialità inespresse; ciò parte da una visione dell'uomo come soggetto della storia e come sistema

pluridimensionale. Fino ad oggi l'animazione si è occupata di creatività, socialità, gioco, autonomia, espressività, condecisione, perché queste dimensioni erano le più negate e represses dalla cultura industriale. Al di fuori della libertà e del potere, e dunque delle dimensioni negate e represses, l'animazione non ha alcun senso. Altre finalità sono assai meglio perseguibili con altre pratiche come l'assistenza, lo spettacolo, la didattica. Obiettivo quindi dell'animazione è quello di aiutare gli individui, i gruppi e le comunità a prendere coscienza dei loro problemi e delle loro esigenze reali, a pensare criticamente a se stessi ed al mondo, a realizzare le proprie potenzialità esprimendo le proprie risorse, per una realizzazione piena e autonoma. L'animazione può fare molto in vari ambiti: nel progettare un nuovo tempo libero, un nuovo lavoro, un nuovo tipo di educazione, di sanità ed assistenza, diverse connessioni fra uomini e gruppi.

Alcune considerazioni sottolineano l'incidenza di fattori di tipo socioculturale nel determinare l'attenzione sulle tematiche inerenti l'animazione. In questo senso è facile cogliere l'influenza delle problematiche collegate al processo di progressiva complessificazione dell'attuale sistema sociale. In particolare, il consolidarsi di questo processo ha comportato l'emergere, a livello dell'esperienza soggettiva, di un senso di isolamento, della difficoltà a rintracciare un qualche significato valido nell'agire quotidiano e conseguentemente anche nella costruzione di una identità sufficientemente definita. L'animazione, come metodo e come tecnica, può aiutare i soggetti e le comunità a gestire e controllare senza negazioni l'insicurezza, la deterritorializzazione, l'isolamento e la vita emotiva; per chi la pratica, non si tratta soltanto di acquisire conoscenze teoriche e abilità tecniche, che possono essere acquisite con processi di formazione ed addestramento, coi mass media interattivi, con gli strumenti informativi, ecc., bensì si tratta per lo più di competenze umane.

Una delle concezioni dell'animazione, oltre a quella creativa, è quella legata al concetto di crescita e di cambiamento sociale. Si concepisce l'animazione come una pratica di mutamento reale dei rapporti fra i gruppi sociali, emancipazione delle categorie più disagiate, di partecipazione dei cittadini alla vita collettiva, in veste non di spettatori ma di protagonisti.

Questa concezione ha come riferimento il territorio comunitario; come utenza la totalità dei cittadini (sia pure segmentati per singole azioni); come obiettivi la partecipazione, la prevenzione della devianza e dell'emarginazione, lo sviluppo del potenziale e la consapevolezza dei bisogni reali; come metodo la programmazione di interventi complessi e verificabili. L'approccio territoriale si fonda su una metodologia politica della partecipazione: l'animatore, l'esperto, l'ente locale stimola la comunità ad interrogarsi, a riconoscere i propri bisogni e a reperire le risorse per attuare il potenziale e il possibile, lasciando agli utenti la responsabilità di scegliere, e offrendo loro solo gli strumenti richiesti.

L'animazione intesa come crescita e cambiamento sociale si fonda sulle tecniche che sviluppano "l'essere", che permettono di apprendere tramite il coinvolgimento dal punto di vista emotivo nelle esperienze direttamente vissute e decodificate. Consapevolezza, sensibilità, creatività, progettualità, capacità di relazione, valorizzazione dell'unità e delle differenze, capacità di gestire i conflitti e le mediazioni: essendo questi i principali obiettivi dell'animazione, le tecniche usate sono l'indagine, la ricerca, la rilevazione, il lavoro di gruppo, le tecniche di progettazione, di programmazione e valutazione, di contrattazione. Tecniche di "processo" e non di contenuto, cioè tecniche che offrono agli utenti delle capacità personali, utilizzabili in qualsiasi tipo di progetto esistenziale. Tipiche di questa animazione sono la tecnica del "far domande", oppure quella del "lasciare aperti i problemi", o ancora quella di analizzare le contraddizioni, disoccultare i conflitti latenti, far emergere le facce rimosse o negate dei problemi.

Si è discusso a lungo se l'animazione fosse un mestiere o un modo diverso di fare mestieri tradizionali; la soluzione è banale: l'una e l'altra cosa. Come tutte le pratiche sociali, l'animazione può essere un modo di fare.

In termini professionali ed occupazionali, vi sono settori nei quali l'animazione si sta sempre più consolidando.

4. Il ruolo dell'animatore

Il ruolo dell'animatore all'interno di un gruppo formalizzato e che abbia precise finalità di produzione (intendendo quest'ultima in senso lato; anche una conoscenza è un prodotto), è in genere duplice: da una parte ha la responsabilità di sapere garantire abilità di animazione (saper fare), dall'altra quelle di esperto del compito a cui si lavora (padroneggiare un insieme di conoscenze).

- Un insieme di conoscenze: possedere le basi necessarie per analizzare rapidamente e senza troppi errori il comportamento dei membri del gruppo a cui ci rivolgiamo.
- Un insieme di saper fare: ci sono saper-fare espliciti (le tecniche e gli strumenti che si utilizzano) e un saper-fare implicito derivato dall'esperienza, dal vissuto.

Ma possedere tutto ciò non è sufficiente: questo definirebbe soltanto nel modo migliore un mestiere, una professione. Il formatore-animatore deve in ogni momento superarsi nelle sue conoscenze, nei suoi saper-fare, nel suo saper-essere, perché egli è un attore, ma un attore che recita il proprio testo con il suo pubblico e non davanti a un pubblico. Una parte del suo perfezionamento gli viene da se stesso, dalla sua volontà di "essere bravo"; un'altra gli viene dalle esigenze del suo pubblico; una terza dal gioco dell'intersoggettività. Per l'animatore non c'è mai una situazione acquisita; in ogni

momento egli può essere messo in discussione dal gruppo. L'animazione è quindi un'attività altamente, profondamente formatrice per chi la pratica, non è mai compiuta.

L'animatore, convinto della possibilità di crescita del gruppo e della sua continua evoluzione, deve sapere valorizzare tutti i membri del gruppo stesso; questi possono e debbono portare, ciascuno a livelli diversi, il loro contributo al lavoro del gruppo, contributo che poi li caratterizza anche singolarmente. L'animatore deve essere anche in grado di individuare o di fare esprimere i leader del gruppo, sia quelli dell'area emotivo-affettiva (coloro che sono capaci di dare fiducia al gruppo e di guidarlo in particolari situazioni) sia quelli dell'area cognitivo-produttiva (coloro che meglio riescono in una disciplina, o in un'attività). Ovviamente individuare i leader è facile, il difficile è farli esprimere. Un solo esempio: in un gruppo classe il membro x è sottovalutato da tutti gli insegnanti perché non "brilla" in nessuna delle materie istituzionalizzate; ad un tratto ci si accorge casualmente che suona benissimo la chitarra: era un leader-esperto e nessuno lo aveva valorizzato; un "apprezzamento" in tal senso, invece, avrebbe provocato senz'altro una felice ricaduta sulle sue prestazioni, anche nelle discipline dove non aveva mai brillato.

L'animatore deve dare certezza, mettere ciascuno a proprio agio, far sì che ciascuno senta che nel gruppo ci sta per fare e per dare qualcosa che, insomma, serve, come servono tutti gli altri. Deve creare un clima di "tensione" collaborativa e saper guidare, lungo l'esecuzione dei singoli compiti, verso la realizzazione degli obiettivi.

5. Gli stili di direzione

I modelli estremi relativi ad uno stile di direzione sono quello direttivo e quello non direttivo. Chiamiamo:

- funzionale un modello essenzialmente mirato alla produzione, all'esecuzione del compito (stile direttivo);
- espressivo un modello orientato all'espressione del gruppo, per cui esso possa manifestare tendenze, bisogni, anche seguendo strade non rigidamente predeterminate (stile non direttivo);
- interattivo quel modello in cui i due aspetti precedenti vengono opportunamente mediati.

Una *leadership* non è mai esercitata casualmente. Indipendentemente da una scelta cosciente del leader, poiché interagiscono dinamiche intrapersonali ed interpersonali sulle quali difficilmente si riflette in modo compiuto, intervengono sempre fattori relazionali che determinano uno stile. Ciò si verifica quando ci si trova di fronte ai cosiddetti leader naturali, cioè a coloro che all'interno dei gruppi svolgono una funzione di guida e di controllo con una tacita accettazione da parte dei membri del gruppo. Nel caso invece di un leader istituzionale (un dirigente formale, un capo ufficio, un insegnante), il problema dello stile di direzione diventa una questione di

scelta; e tale scelta deve avere un fondamento teorico circa la fenomenologia del concreto operare dei gruppi umani, ed un fondamento pratico legato a “quel” gruppo, a “quelle” dinamiche, a “quei” compiti.

6. Quando l'insegnante diventa anche animatore

In tutti i contesti in cui opera, l'animazione, per sua natura, non coincide con un intervento specifico, ma si presenta piuttosto come una qualità, una modalità di condurre certe attività. Anche nella formazione conserva queste peculiarità, che ne fa un elemento di mediazione tra gli studenti ed i compiti di apprendimento. Così l'insegnamento che assume lo stile ed i metodi dell'animazione, più che trasmettitore di contenuti, diventa un mediatore di essi.

Con ciò non si vuole negare che il compito della scuola sia proprio la trasmissione del sapere. La conoscenza ha ormai raggiunto una tale ampiezza che è impossibile farla ripercorrere e sperimentare passo passo dai giovani che si affacciano ad essa. Dire allora che l'animazione svolge una funzione di mediazione significa affermare che le attività di animazione non possono essere in alternativa, né sostituire la trasmissione dei contenuti scolastici. Introdurre l'animazione nella scuola richiede di trasformare gli interventi didattici da puramente trasmissivi e verbali in interventi operativi, attenti cioè non solo ai contenuti, ma anche a come i contenuti possono venire apprezzati, compresi, rielaborati e trasferiti dagli studenti. A livello di mediazione affettiva e relazionale, il ruolo dell'insegnante viene in gran parte a coincidere con quello di facilitatore, così come è andato definendosi nei contesti di dinamica di gruppo. Non dovrebbe ormai più sembrare strano a un insegnante occuparsi di cose come il favorire rapporti positivi tra gli studenti, dare spazio a momenti di confronto e riflessione sui processi che permettono a una classe di diventare un gruppo, svelando i meccanismi di conflitto e di consenso, di partecipazione e di esclusione. Soprattutto non dovrebbe più parere strano il tacere, il tirarsi indietro per far emergere il pensiero, i sentimenti e le difficoltà dei propri allievi. L'ascolto è una componente essenziale della comunicazione e assume particolare rilievo nelle relazioni asimmetriche, come quelle educative, nelle quali uno o più attori hanno il compito di fornire una guida, un aiuto, un sostegno. Tutt'altro che un processo passivo, l'ascolto emerge come una specifica azione professionale, esplicandosi nella capacità di prestare attenzione non solo a ciò che viene espresso e a come viene esplicitato, ma soprattutto a ciò che viene lasciato inespresso. L'insegnante viene così ad assumere un ruolo di “consulente nei processi di apprendimento”; deve saper creare:

- un ambiente emotivamente e cognitivamente favorevole;
- intervenire indirettamente più che direttamente;
- far emergere interessi, esperienze e bisogni degli allievi facilitandone il più possibile la libera espressione.

7. La sintesi tra cognitivo, emotivo e relazionale

L'insegnante che accetta un ruolo di mediazione tra gli studenti ed il modo del sapere disciplinare deve controllare nello stesso tempo la dimensione cognitiva, quella emotiva e quella relazionale, evitando di giustapporre ruoli diversi in diversi tempi, ma unificando una molteplicità di compiti professionali in un'azione formativa complessa. Ciò è possibile solo attraverso l'organizzazione di attività programmate e strutturate sistematicamente, in modo che sia estremamente chiaro in ogni momento quale è la fonte di informazione (insegnante, studente, esperto esterno, libro, filmato...), quali i processi attivati e in quale struttura pratico-operativa espressi, quale azione di mediazione e guida all'apprendimento del docente, quale prestazione finale si richiede agli allievi singolarmente e/o collettivamente.

8. Diventare un gruppo classe

Raramente l'essere gruppo classe viene considerato come facente parte dei processi di insegnamento-apprendimento. Si è tutti insieme per motivi economici-organizzativi, non per vivere e imparare insieme. A scuola si deve far da soli, ragionare con la propria testa, non copiare né far copiare, non suggerire né rubare idee degli altri. Emblematica, a questo riguardo, è una frase di un insegnante di scuola elementare rivolta ai suoi allievi della prima classe: "A scuola non si deve parlare, si lavora in silenzio!"

Esattamente agli antipodi si colloca l'animazione, che considera il gruppo come luogo privilegiato di comunicazione e costruzione dell'identità personale, culturale e sociale. Il costruirsi della classe come gruppo può rivelare valenze educative e preventive irrinunciabili nel percorso formativo. Nello stesso tempo, il lavoro di gruppo rappresenta il terreno ideale per l'apprendimento di abilità sociali e comunicative, nonché abilità cognitive, come l'argomentare e il ragionare, messe in rilievo da molteplici studi nell'ambito della psicologia culturale.

IL MEETING ANNUALE CON I GIOVANI: UN ESEMPIO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE IN COLLABORAZIONE CON GLI ADOLESCENTI

P. Cundo e P. Salvini

Spazio Giovani, Azienda USL di Parma

Lo Spazio Giovani è attivo dal 1988 e da subito si è qualificato per il suo impegno nella prevenzione primaria: psicologi, medici e ostetriche cercano di adattare i propri strumenti clinici alle esigenze degli adolescenti per aiutarli a porre le loro domande sulla salute intesa come benessere fisico, psicologico e interpersonale. Se la prevenzione più efficace consiste nella promozione della salute e questa resta compito fondamentale del Servizio sanitario, a maggior ragione tale funzione deve essere assolta quando la personalità è ancora in costruzione e il futuro ancora da realizzare, com'è il caso, appunto, dell'adolescenza.

L'adolescenza viene descritta dalla letteratura specialistica e divulgativa (COLEMAN - HENDRY 1980; PALMONARI 1993) come una fase di transizione in cui i giovani elaborano i processi di separazione dalle figure genitoriali e di individuazione del sé psicocorporeo. Si segnala come, per condurre a termine tal evoluzione, gli adolescenti abbiano bisogno di vivere una loro condizione di marginalità e di semiclandestinità rispetto al mondo adulto. Cercando la sua nuova identità, il giovane ha bisogno di fare continui esperimenti su come attivare il proprio Io, esperimenti che possono anche essere contraddittori tra loro, effimeri e, tuttavia, per lui importanti. Perché tutto ciò possa svolgersi in un clima il più possibile sereno, l'adolescente necessita di spazi propri: da qui l'esigenza di riservatezza rispetto al mondo degli adulti e la pretesa di essere rispettato e riconosciuto nella propria autonomia di ricerca e sperimentazione.

Il compito dell'operatore che vuole mettersi a disposizione dell'adolescente può essere descritto come un lavoro di mediazione tra lo spazio privato nascente, che il giovane sta circoscrivendo, e le aspettative ambientali, che sempre più diventano pressanti (ALIPRANDI ET AL. 1990): se vuole entrare in rapporto con gli adolescenti e mettersi in loro ascolto, egli deve organizzare il proprio intervento come uno spazio in cui accoglierli e rispettarli nella loro esperienza di marginalità e di transito dall'infanzia all'età adulta, ma al tempo stesso deve proporsi in modo chiaro come adulto che, ancorché disponibile, non si camuffa, ma mette in atto con rigore la sua professionalità.

In questa prospettiva lo Spazio Giovani ha cercato di modellarsi come luogo in cui gli adolescenti dalla loro marginalità possano fare incursioni nel mondo adulto per fruire di informazioni e servizi, senza il timore di essere cooptati nell'ambito dei valori adulti e con la certezza di essere accettati e ascoltati con rispetto verso la loro condizione di ricerca e transizione. Reciprocamente gli operatori dello Spazio Giovani hanno

avvertito la necessità di non attestarsi in un mero lavoro ambulatoriale, ma di attivarsi per intervenire laddove gli adolescenti vivono: facciamo a nostra volta delle incursioni nella marginalità dei giovani con la speranza di aiutarli a dilatare il loro spazio di movimento psicologico e sociale perché possano utilizzare al meglio nella loro ricerca le risorse del mondo adulto.

Lo Spazio Giovani si è così progressivamente trasformato in luogo di produzione culturale per la fascia giovanile e ha progettato iniziative di più ampio respiro rispetto agli interventi tradizionali, creando occasioni di incontro e di confronto che, uscendo dagli schemi adulti del dibattito o della discussione, possono favorire il riconoscimento della creatività adolescenziale con le sue caratteristiche di improvvisazione e fantasia. In particolare si sono stabiliti rapporti di collaborazione con le Scuole Medie Superiori, gli Istituti Professionali e in genere con i servizi sociali e culturali rivolti ai giovani. Si è così promossa l'immagine del Consultorio come luogo a cui i giovani sanno di potersi rivolgere per le loro domande e insieme si sono consolidate le iniziative di educazione sanitaria e sessuale, producendo proposte, metodologie e in genere materiale di studio e di confronto dai contenuti spesso originali e interessanti per ulteriori riflessioni.

È stata inaugurata una struttura complessa denominata "Meeting annuale con i giovani - Le mie domande non solo mie". Alcune scuole e alcuni Istituti Superiori, insieme a Centri Studi, scuole di danza e Compagnie Teatrali con una tradizione di lavoro con i ragazzi, organizzano Gruppi di lavoro mirati ad approfondire temi specifici, lavorando dall'autunno alla primavera per portare gli esiti ad un Convegno conclusivo, il Meeting appunto. Nell'organizzazione dei Gruppi di lavoro gli adulti si propongono come "facilitatori" del lavoro collettivo e promotori delle attitudini dei ragazzi, piuttosto che come conduttori dell'esperienza. Il contributo di ciascun Gruppo deve essere attinente al tema, perché il Meeting non è un semplice contenitore di proposte eterogenee, ma persegue una riflessione culturale coerente per facilitare il confronto; si ritiene altresì fondamentale che la prospettiva con cui affrontare tale tematica - e quindi l'argomento specifico da trattare, come pure la modalità con cui proporlo - sia deciso dai ragazzi.

Nell'aprile 1995 il primo Meeting "Come costruire uno spazio adulto capace di ricevere le domande dei giovani" ha segnato una modifica qualitativa nella collaborazione tra Spazio Giovani e Scuole Superiori, e in generale nei rapporti con la popolazione giovanile che si è trovata ad essere protagonista di dibattiti, ricerche, audiovisivi, performance di teatro, di danza, di musica e di grafica, tutti tesi ad esprimere i bisogni e le domande degli adolescenti. Nonostante le intenzioni dell'équipe di adattare il convegno alle attitudini degli adolescenti, l'impianto iniziale era risultato piuttosto tradizionale, basandosi su una tavola rotonda di "relatori/interlocutori" scelti tra i cultori di discipline socio-psicologiche. Tuttavia l'iniziativa dei ragazzi è stata immediata e vivace e ha fatto saltare l'organizzazione, modellandola sui propri mezzi espressivi: così, nonostante nel teatro adiacente alle aule del convegno fosse previsto

uno spazio apposito per i laboratori di teatro, danza e musica, anche nelle stesse aule, alla presenza dei relatori, accanto a giovani che leggevano il resoconto delle loro riflessioni di gruppo, si sono avvicinati altri ragazzi che presentavano le loro comunicazioni - tutte peraltro pertinenti - con canti e balli a ritmo Rap, con trasmissioni di breve recite videoregistrate, o con eventi scenici recitati sul podio.

Al di là dei contenuti e degli esiti dei rispettivi gruppi di lavoro, il risultato più interessante e soddisfacente sembra la determinazione dei ragazzi a voler proseguire l'esperienza, e la percezione degli insegnanti che il rapporto con gli studenti era stato significativamente e positivamente modificato dal lavoro svolto insieme. Lo Spazio Giovani ha quindi deciso di far diventare il Convegno un appuntamento annuale: il *Meeting* 1996 si è svolto sul tema "La cultura dell'immagine", mentre nel 1997 si è lavorato su "Noi/Loro: al di là del pregiudizio".

Attorno all'iniziativa si è strutturata un'organizzazione complessa. Il Comitato organizzativo adesso è costituito, oltre che dal Consultorio, anche dal Comune e dalla Provincia. Il Comitato di patrocinio, che è composto dal Provveditorato agli Studi, dall'Università e dalla Fondazione della Cassa di Risparmio locale, si arricchisce con il contributo di Enti Locali della Provincia e di altri Enti culturali. Si è poi costituito il Consiglio Scientifico "Spazio Giovani", composto da professionisti, studiosi e operatori culturali, che si propongono di aiutare l'attività di promozione della salute alla ricerca di modalità nuove di intervento attraverso un coordinamento delle iniziative già in atto.

Tutto ciò ha significato mobilitare le istituzioni e il territorio per aprire uno spazio di riflessione e confronto, in cui gli adolescenti, in collaborazione con gli adulti, possano trovare un'occasione per lavorare insieme sulle loro problematiche e promuovere una metodologia di lavoro, in cui si faciliti la loro libera espressione.

Per lo Spazio Giovani il *Meeting* è diventato una scadenza annuale per incontrare i giovani, raccogliere le loro osservazioni, correggere il lavoro successivo, arricchendolo con nuove idee e nuovi progetti, che, vale la pena ribadirlo, riguardano l'educazione alla salute, la promozione del benessere e la prevenzione di patologia e disagio.

Da tempo le teorie della complessità (BATESON 1990) hanno contribuito a ridefinire la salute non solo come benessere fisico, psicologico e sociale, secondo la definizione dell'OMS, ma come insieme di abilità e competenze per affrontare la vita. Sulla scorta di quest'ultima definizione, la salute non coincide con lo star bene, ma con la capacità di vivere in modo positivo sia lo star bene che lo star male, la vita e la morte, la fortuna e la disavventura; significa cioè capacità di perseguire progetti, mirati alla soddisfazione dei bisogni e alla realizzazione dei desideri; ma significa anche cogliere le opportunità attraverso cui esprimere la propria personalità, riconoscendo analoghe opportunità per gli altri nella tolleranza e nel pluralismo.

Si può affermare perciò che il significato principale dell'esperienza risiede più che nel Convegno conclusivo, in tutto il percorso di preparazione, che offre ai ragazzi un'occasione con molteplici obiettivi: riflettere su tematiche che riguardano la salute fisica, psicologica, interpersonale e sociale; sperimentare un lavoro di gruppo che promuova la capacità di relazione nel gruppo dei pari e nella collaborazione con gli adulti; coniugare esperienze di studio e di ricerca con esperienze che valorizzino la creatività e le forme espressive tipiche del mondo adolescenziale. Tutto il progetto si basa sulla convinzione che l'abitudine a riflettere, a lavorare in gruppo, ad esprimere liberamente la propria creatività sia una necessità per la salute psicologica e relazionale dell'individuo e sia un elemento fondamentale per l'evoluzione positiva della sua personalità.

Il *Meeting* non vuole essere un obiettivo, ma l'esito in cui i ragazzi condividono sia il risultato della ricerca, sia l'esperienza acquisita nelle relazioni interpersonali. Il Convegno non assume alcun valore di valutazione e tanto meno di competizione - non sono previsti premi o classifiche -, ma si qualifica come spazio di libera espressione, di comunicazione e condivisione, di ascolto e partecipazione. D'altro canto, la prospettiva di mettere in scena la propria ricerca, di esibirsi di fronte a una platea e giocare ruoli diversi da quelli consueti nella vita quotidiana, è uno stimolo vivace per la fantasia, sollecitata dal gusto giocoso di non essere più spettatore passivo, ma attore protagonista: si è autorizzati a trasgredire con la complicità del pubblico di coetanei. In questo specchio poliedrico l'adolescente può vedere riflesse parti di sé, riconoscersi o guardarsi con l'occhio dei compagni che si esibiscono; e da questo gioco di continui rimandi possono emergere nuovi punti di vista che consentono di tornare alla realtà, avendola ripensata ed essendosi equipaggiati con nuovi strumenti. È un modo per innalzarsi sulla propria quotidianità, intrecciando con lo studio, il tempo libero e le storie amorose, la possibilità di affermare la centralità del proprio essere marginali e la solidità del proprio essere di passaggio.

Quando si tratta dell'adolescenza, promuovere la salute significa, tra l'altro, aiutare i giovani a cogliere le risorse interne ed esterne che la vita può offrire (AMERIO ET AL. 1990; SCAPARRO - PIETROPOLLI CHARMET 1993).

Le risorse interne devono essere reperite innanzi tutto nell'elaborazione del concetto di Sé e nell'organizzazione della nuova personalità autonoma: è questa ricerca che viene supportata dall'attività clinica dello Spazio Giovani. Ma sarebbe un intervento parziale e incompleto, se non mirasse da subito a integrarsi con gli altri livelli, in cui si cerca di aiutare gli adolescenti a individuare ed utilizzare le risorse esterne: nella famiglia, nella scuola, nelle agenzie educative, ma anche nel gruppo dei pari e nelle aggregazioni spontanee.

Questo significa che lo Spazio Giovani assolve alla propria funzione solo se trova il sostegno per dilatare le proprie competenze, e questo del resto era stato il tema del 1°

Meeting, nel corso del quale si era rilevata la necessità di costruire risposte complesse alle domande dei giovani: segnalare ai ragazzi, o contribuire a costruire con loro, i luoghi in cui essi possano acquisire informazioni, confrontarsi tra loro, ottenere supporti per realizzare i propri progetti, trovare referenti realistici ad aspirazioni e desideri.

Si vuole promuovere un atteggiamento che aiuti ad ascoltare e accogliere l'agire dell'adolescente nelle sue variabili di gioco creativo, di energia, di progettualità, in modo che i ragazzi possano proseguire la loro ricerca autonoma, sapendo che, se e quando essi lo vogliono, ci sono adulti e strutture su cui possono contare. A tal fine l'attività dello Spazio Giovani si è dilatata in una continua interazione con le scuole e in una sistematica collaborazione con Centri che, pur senza essere connotati da un'immagine sanitaria o clinica, risultano un'utile ed efficace integrazione all'opera di psicologi e medici per intervenire sui problemi degli adolescenti: la costruzione dell'immagine corporea, l'avvicinamento alla vita sessuale, la contraccezione, la necessità di prevenire l'AIDS e le malattie sessualmente trasmesse, i difficili rapporti con l'alimentazione e le relazioni conflittuali con il mondo adulto. Si cerca di rispondere in modo più sintonico ai bisogni di un'adolescenza che spesso è costretta a nascondere i propri desideri perché nessuno la prende sul serio e, anche quando a volte è esaltata, spesso lo si fa in modo strumentale nella pubblicità dei mass media per riciclare il potenziale creativo dell'adolescenza nei meccanismi della società dei consumi. Il lavoro con le Scuole e con i Centri rivolti ai giovani si traduce in un'opera di prevenzione, tesa ad evitare che i problemi si trasformino in patologia, sia coinvolgendo i giovani in esperienze riequilibratrici e rasserenanti, sia, se necessario, inviandoli tempestivamente e con tatto agli operatori dello Spazio Giovani.

Per dirla con Winnicott (1981) *"l'adolescenza è una malattia normale: il problema è della società, se è abbastanza sana da poterla sopportare"*. L'esperienza del *Meeting* vuole accettare la sfida di Winnicott, non solo con l'intento di sopportare questa normale malattia, ma di aiutarne il decorso verso l'esito più felice possibile

Bibliografia

- ALIPRANDI M., PELANDA E., SENISE T., *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli, Milano, 1990.
- AMERIO ET AL., *Gruppi di adolescenti e processi di socializzazione*, Il Mulino, Bologna, 1990.
- BATESON G., *Conoscenza e complessità*, Theoria, Milano, 1990.
- COLEMAN J.C., HENDRY L., *La natura dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, 1990.
- PALMONARI A., *Psicologia dell'adolescente*, Il Mulino, Bologna, 1993.
- SANTACROCE I., *Destroy*, Mondadori, Milano, 1996.

SCAPARRO F., PIETROPOLLI CHARMET G., *Belletà. Adolescenza temuta, adolescenza sognata*,
Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

WINNICOTT D.W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1982.

LA PREVENZIONE DELL'AIDS IN AMBITO SCOLASTICO A RIMINI

A. Chiadini, D. Pagliarani e T. Trappoli

Unità Operativa Educazione alla Salute, Azienda USL Rimini

L'infezione da HIV costituisce un problema di sanità pubblica di particolare complessità con risvolti di carattere biologico, clinico, assistenziale che si intrecciano con quelli sociali, etici, psicologici. Dalla prima segnalazione di casi di AIDS negli USA, risalente agli anni 1981-82, molte cose sono cambiate nell'epidemiologia della malattia ed anche nell'approccio terapeutico che, grazie ai recentissimi farmaci inibitori delle proteasi, somministrati in terapia policombinata, sembrano offrire ai malati uno spiraglio di speranza, perlomeno in termini di durata e di qualità della vita.

Le conseguenze prodotte dall'infezione sono di estrema importanza per l'individuo, la famiglia, la società e per lo stesso progresso sanitario: l'infezione incide sul piano economico, sociale, culturale e politico; colpisce le persone in età produttiva, può causare reazioni di difesa da parte di alcuni, discriminazioni nei confronti dei sieropositivi, non solo nell'ambiente di lavoro, ma anche in quello abitativo e nelle comunità pubbliche. Tale complessità impone che il problema sia affrontato in modo organico e continuativo, aggregando e sistematizzando le varie attività espletate dalle diverse strutture sanitarie e dalle forze del privato socio sanitario, del volontariato e dei gruppi di associazionismo e di auto-aiuto.

Sono di questi giorni i dati diffusi dai Centers for Disease Control (CDC) di Atlanta (USA) che, per la prima volta, indicano una diminuzione del numero di decessi per AIDS (-13%) ed anche una diminuzione dei casi di persone infettate nel 1995: nella sola città di New York viene segnalato un calo del 30% delle morti per AIDS durante il primo semestre 1996.

Appare quindi evidente che la malattia, a 13 anni dalla scoperta dell'epidemia, ha fermato la crescita esponenziale inizialmente registrata, grazie alla riduzione del contagio, frutto delle misure di prevenzione messe in atto, in particolare, da alcuni gruppi di popolazione più a rischio (es. omosessuali maschi).

Oggi l'infezione si concentra soprattutto fra i giovanissimi alle prime esperienze sessuali. I tre quarti di tutti i nuovi casi di infezione colpiscono persone sotto i 25 anni e, tra le donne, il 60% dei casi interessa le ragazze fino a vent'anni.

In Nord America con un milione di sieropositivi ed in Europa con mezzo milione, grazie alle misure di prevenzione messe in atto dalle categorie in passato più a rischio, si registra fortunatamente un rallentamento dei nuovi casi di infezione tra i maschi omosessuali e bisessuali. Desta invece preoccupazione un aumento dei comportamenti a rischio da parte dei giovanissimi eterosessuali, soprattutto dove esiste, come nel

nostro paese, una forte percentuale di tossicodipendenti. Anche in Italia, se da un lato si hanno segnali di decremento per gli omosessuali maschi, viceversa si evidenzia un debole ma pericoloso incremento nei giovani eterosessuali, in particolare di sesso femminile. L'andamento è analogo a quello riscontrato a livello mondiale, indice che l'infezione si sta aprendo un varco tra la popolazione a comportamento eterosessuale, in particolare tra i giovani e le donne in età fertile.

Anche negli omosessuali "giovanissimi" si nota una debole ripresa dei casi di malattia: ciò conferma la necessità di non abbassare i livelli di guardia e le misure di prevenzione da adottare per ridurre il contagio.

È indubbio quindi che i giovani di entrambi i sessi rappresentano un gruppo ad alto rischio se è vero che il 75% delle infezioni in Italia ed il 62% in Europa si trasmettono fra persone di età fra i 14 e 20 anni. E ancora oggi, nonostante l'andamento e l'impatto sociale della malattia sia notevolmente cambiato, quello che rimane costante è l'importanza della prevenzione che resta l'arma strategica fondamentale per fermare la diffusione della malattia, attraverso un'educazione capillare volta a promuovere comportamenti di tutela della propria ed altrui salute.

Per le specifiche modalità di trasmissione della malattia (via sessuale, ematica e verticale da madre sieropositiva a figlio), l'informazione e l'educazione, a partire dai ragazzi, deve avere come obiettivo l'aumento delle conoscenze nella prospettiva di innescare un'interazione di queste con i comportamenti.

È dal 1989 che nell'Azienda USL di Rimini vengono attivate, in modo più o meno organico, iniziative inserite nel contesto educativo scolastico, in particolare negli Istituti Superiori. All'inizio, nella maggior parte dei casi è l'esperto che tiene assemblee in classe; solo in alcune realtà si riesce a "lavorare con" l'insegnante per costruire percorsi educativi integrati. Un grosso impegno viene assicurato dai medici della divisione di Malattie Infettive che in tutti questi anni hanno incontrato i ragazzi nei vari istituti scolastici, dagli operatori del SERT per gli interventi su gruppi a rischio specifico e dalla medicina scolastica per quanto riguarda le comunità infantili.

Con l'istituzione, da parte della Regione nel 1990, dei Consultori Giovani, finalizzati alla promozione ed alla tutela della salute nei giovani, sono sorte équipe pluridisciplinari che, oltre a consulenze ambulatoriali, intervengono con moduli educativi sull'affettività e sulla sessualità, e all'interno dei quali viene affrontato anche il problema dell'AIDS. Da alcuni anni, inoltre, sono partite diverse iniziative di formazione/aggiornamento dei docenti per dare loro strumenti di conoscenza, di comunicazione efficace e di attivazione con i ragazzi per intervenire con maggiore incisività e continuità in un contesto educativo positivo.

Nel 1991 la Regione ha emanato il "Programma regionale degli interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS" puntualizzando linee, obiettivi e modalità

operative interistituzionali da attuare a vari livelli al fine di superare il rischio della frammentarietà e della sporadicità. È stato attivato un Comitato Tecnico Scientifico Regionale Scuola - Sanità che ha consentito un importante processo di collaborazione fra istituzioni sanitarie e scolastiche.

Un momento operativo fondamentale è stato il Seminario Regionale svoltosi a Rimini nel maggio 1992 che ha posto le basi per la concreta attuazione del programma regionale attraverso l'individuazione di équipes tecniche AUSL-Scuola sia a livello provinciale che locale. Gli atti di quel convegno sono stati pubblicati nel volume regionale "La prevenzione dell'AIDS in ambito scolastico nella Regione Emilia Romagna" curato dall'équipe di Educazione alla Salute dell'Azienda USL di Rimini in cui sono riportate anche le intese e gli sviluppi operativi interistituzionali sorti a seguito di quell'evento.

Parallelamente sono nati programmi di prevenzione più organici rivolti agli studenti e ai gruppi a rischio specifico come i tossicodipendenti: il SERT di Rimini ha partecipato ad un'indagine triennale multicentrica europea sull'uso del profilattico ed ha attivato corsi di formazione per "Operatori di strada" finalizzati alla prevenzione secondaria nei tossicodipendenti.

Nel 1993, a seguito del Corso organizzato dal SERT di Riccione "Hai mai pensato a chi è ammalato di AIDS ed è solo?", è nata la sezione riminese della LILA (Lega Italiana Lotta AIDS) con l'avvio di un gruppo di auto-aiuto per sieropositivi e consulenze telefoniche.

Nel panorama scolastico vale la pena sottolineare l'esperienza pilota dell'Istituto "Rino Molari" di Sant'Arcangelo di Romagna che ha realizzato nell'anno scolastico 1992-93 un'esperienza di attivazione di tutti i docenti e degli alunni di tutte le classi dell'Istituto e che, da allora, ogni anno attua l'intervento educativo in una classe/filtro della scuola avvalendosi del supporto finale degli esperti AUSL.

Analogamente significativa è l'esperienza condotta a tappeto, negli ultimi tre anni, dal Consultorio Giovani di Riccione, congiuntamente al SERT, con i ragazzi di II Superiore delle scuole di quel territorio, attraverso un programma di educazione sessuale che comprende anche la prevenzione delle MST e dell'AIDS e che prevede un pre- e un post-test di verifica delle informazioni acquisite.

Il più importante atto formale con la scuola è stato il "Protocollo di intesa per la prevenzione e la lotta all'AIDS in ambito scolastico" siglato dalle varie Aziende USL della Regione e dai vari Provveditorati nel 1994. Nello stesso anno viene svolta dall'U.O. Educazione alla Salute dell'AUSL di Rimini una vasta indagine rispetto alle conoscenze ed ai comportamenti dei giovani che frequentano le II e le V classi degli istituti superiori scolastici, indagine che traccia un quadro di estremo interesse:

nonostante le conoscenze siano di buon livello, spesso manca la connessione causa/effetto e quindi le conoscenze non si traducono in comportamenti corretti.

I risultati della ricerca sono stati divulgati nel febbraio 1995 in occasione di un importante convegno tenutosi a Rimini "AIDS in ambito scolastico: un impegno comune per la prevenzione" i cui atti sono stati diffusi nelle scuole del territorio.

A seguito del convegno, si è costituito un gruppo di lavoro aziendale pluridisciplinare che ha sviluppato un percorso formativo e progettuale congiunto con l'Istituzione scolastica e la LILA: è nato il progetto "AIDS: parliamone" tuttora in atto e sono stati messi a punto materiali innovativi, di tipo multimediale, finalizzati alla *peer education*.

Si tratta di una scelta strategica favorita anche dalla nuova dimensione provinciale dell'Azienda che comporta un'ampia collaborazione fra i servizi aziendali per la lotta all'AIDS e mira ad una continua formazione e qualificazione del personale per rendere sempre più efficace l'intervento educativo.

Il programma futuro prevede un confronto periodico fra gli operatori sanitari coinvolti al fine di condividere metodologie e contenuti e definire le tappe operative successive che prevedono il coinvolgimento degli insegnanti e successivamente quello dei giovani leader dei pari nell'ottica della *peer education*.

MATERIALI MULTIMEDIALI PER LA PREVENZIONE DELL'AIDS NEI GIOVANI

A. Chiadini e D. Pagliarani

Unità Operativa Educazione alla Salute, Azienda USL Rimini

T. Trappoli

Settore Tutela famiglia, coppia e giovani - Distretto di Riccione, Azienda USL Rimini

1. Introduzione

"AIDS: parliamone" è un progetto di educazione alla salute promosso dall'Azienda USL di Rimini in collaborazione con il Provveditorato agli Studi di Rimini e la Lega Italiana Lotta AIDS (LILA) di Rimini, rivolto agli studenti degli Istituti Superiori della provincia. Si tratta di un'iniziativa di informazione capillare sulla malattia e sui comportamenti a rischio, costruita su vari livelli di comunicazione per stimolare un processo cognitivo e produrre un ampliamento delle conoscenze, nella prospettiva che queste ultime possano interagire con i comportamenti.

La comunicazione si propone di diffondere alcune nozioni fondamentali delegando l'approfondimento dei singoli aspetti alle strutture sociali e sanitarie già operanti nel territorio. A tal fine, sono stati predisposti materiali di supporto agli interventi scolastici che saranno utilizzati dagli insegnanti, ma soprattutto dai ragazzi, nell'ottica della *peer education* - educazione fra pari: è questa una strategia educativa dimostratasi efficace con le giovani generazioni con l'obiettivo di attivare, attraverso apposita formazione, i cosiddetti "Leader dei Pari", figure significative ed autorevoli in grado di incidere fra i coetanei molto più efficacemente degli adulti.

2. Il contesto

L'intervento parte dalla convinzione che un'azione informativa sull'AIDS, per essere efficace, deve avere un'autonomia strategica: deve cioè distinguersi dalle diverse campagne nazionali già realizzate e tuttora in corso.

L'opportunità data è quella di lavorare su un territorio limitato: una situazione ideale per promuovere nuove iniziative di educazione sanitaria. Infatti, agendo in un ambiente noto, è possibile attivare una comunicazione meno generica e predisporre un momento di verifica dell'azione svolta. Pur non impegnando *testimonial* famosi, la comunicazione può ugualmente imporsi per lo stile: alcuni strumenti sono per loro natura accattivanti e facilitano la nascita e lo sviluppo di un dialogo.

3. L'idea guida

Tutta la comunicazione è giocata sulla metafora del "contagio positivo" rappresentato dall'informazione. La scelta del simbolo e dello slogan vuole sottolineare l'importanza di un atteggiamento corretto rispetto al problema.

È stato scelto il cuore come immagine guida della campagna. Il cuore è tradizionalmente il luogo dei sentimenti e quindi dell'affettività. Il cuore è anche il simbolo stesso della vita.

Ma il cuore permette la circolazione del sangue che è uno dei veicoli attraverso i quali può avvenire il contagio.

La declinazione del simbolo diventa la modalità di rappresentare con efficacia e delicatezza un argomento che si presta facilmente alla banalizzazione e al rifiuto. Utilizzando la simbologia delle "faccine" note tra i giovani utenti di Internet il cuore si carica di espressività e forza comunicativa, come se fosse direttamente coinvolto dai temi trattati, e diventa contemporaneamente la testa, il luogo del pensiero.

4. Struttura della comunicazione

I mezzi scelti, oltre ad essere accattivanti, enfatizzano la possibilità di combattere il virus con la consapevolezza e l'informazione. Sono stati progettati tre strumenti: un opuscolo tascabile, una semplice applicazione interattiva da veicolare su floppy disk e alcune pagine Internet. Questi strumenti possono interagire nel momento di contatto (incontro informativo già previsto nelle scuole) diventando patrimonio personale (un opuscolo ad ogni studente) e strumento di "contagio" (il dischetto è "affidato" alla classe).

L'opuscolo

L'opuscolo ha un linguaggio semplice ed esplicito, è suddiviso in sezioni (che cos'è l'AIDS, dove ha avuto origine, le vie di trasmissione: come si prende e come non si prende, il test HIV, informazioni sul preservativo, notizie e consigli utili per saperne di più). Vi sono elencati anche gli indirizzi delle sedi ambulatoriali di riferimento per chi vuole ulteriori chiarimenti e per consultazioni personali. Ha un formato tascabile caro a giovani poiché richiama immediatamente un floppy disk.

Il floppy disk

Il floppy-disk è disponibile in linguaggio DOS e Macintosh, facilmente cliccabile, da scorrere in videate successive. È suddiviso nelle medesime sezioni dell'opuscolo. È di facile consultazione e verrà distribuito ad ogni Istituto con licenza di duplicazione per uso scolastico e personale.

Internet

Si tratta di pagine Web dove trovare informazioni e riferimenti utili con gli stessi contenuti dell'opuscolo e del floppy disk. Sono accessibili attraverso la rete telematica Internet (in assoluto il mezzo di informazione e di comunicazione più gradito ai giovani).

L'indirizzo è <http://www.auslrn.net/aidsnet/aids.htm>

La posta elettronica

È una casella di posta elettronica a cui i ragazzi possono inviare messaggi e richieste di chiarimento. Grazie alla rete di esperti presenti presso le varie strutture aziendali verrà data adeguata risposta alle richieste pervenute.

L'indirizzo è: aids@infotel.it

L'intervento in classe

Consiste in un incontro con la classe da parte dell'esperto, supportato da un *kit* di lucidi con grafica e contenuti omogenei, preceduto da attività svolte dagli insegnanti per stimolare i ragazzi e consentire una discussione ed un confronto più interessato e partecipe. Verranno raccolti slogan ed elaborati grafici realizzati dai ragazzi per predisporre una mostra itinerante che accompagnerà, in futuro, l'intervento.

Per gli studenti, i Leader dei Pari, verrà realizzato un modulo formativo finalizzato ad attivare i compagni di istituto.

"AIDS: Parliamone"

È promosso dall'Azienda USL di Rimini

- Distretto di Rimini: SERT, "Consultorio Giovani 360°"
- Distretto di Riccione: SERT, "Consultorio Giovani 360°"
- U.O. Educazione alla Salute
- U.O. Agenzia Sviluppo Risorse Intangibili
- Dipartimento di Prevenzione: Servizio Igiene Pubblica Rimini
- Presidio Ospedaliero di Rimini: Divisione di Pediatria e Malattie Infettive

In collaborazione con:

- Provveditorato agli studi di Rimini - Coordinamento Docenti Referenti Educazione alla Salute degli Istituti Superiori
- LILA, Sezione Provinciale di RIMINI

Gruppo tecnico-scientifico

Coordinatore:

- Antonella Chiadini - Responsabile U.O. Educazione alla Salute - AUSL di Rimini

Componenti per l'Azienda USL di Rimini:

- Luigi Balducci - Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene Pubblica di Rimini
- Maria Clerice Bucci - SERT Distretto di Riccione
- Massimo Ferrari - Resp.le Agenzia Sviluppo Risorse Intangibili
- Antonella Filanti - SERT Distretto di Rimini
- Paola Marconi - Osp.le Infermi di Rimini-Divisione Pediatrica
- Marilena Montalti -SERT Distretto di Riccione
- Daniela Pagliarani - U.O. Educazione alla Salute
- Teresa Trappoli - "Consultorio Giovani 360°" Distretto di Riccione

Componenti per il Provveditorato agli Studi di Rimini

- Vittoria Rossi - Coordinamento Docenti Referenti Educazione alla Salute Istituti Superiori

Componenti per la LILA

- Silvia Solerti- Presidente sezione Provinciale di Rimini

Gruppo operativo:

Massimo Arlotti, Luigi Balducci, Fausto Fabbri, Antonella Filanti, Gabriella Maggioli, Patrizia Mariani, Teresa Martelli, Costanza Mele, Marilena Montalti, Daniela Pagliarani, Roberto Pari, Adriana Pecci.

PROGETTO DI FORMAZIONE DOCENTI PER LA PREVENZIONE DELL'HIV NELLE SCUOLE SUPERIORI E NEI CENTRI PROFESSIONALI DELLA PROVINCIA DI FERRARA: STATO DI ATTUAZIONE E VERIFICA DI EFFICACIA DEL MODELLO DI INTERVENTO

M. Darbo

Promeco (SERT di Ferrara e Comune di Ferrara)

P. Bassi

Consultorio dei Giovani, Azienda USL di Ferrara

1. Premessa

Un qualsiasi progetto pubblico di promozione della salute e del benessere deve soddisfare due requisiti.

- Il primo riguarda l'equità (livello etico): l'intervento deve essere offerto al maggior numero di persone possibile. Il numero ideale è l'intero bacino di utenza dei servizi operanti. Nel nostro caso la necessità di rispondere al requisito di equità è rafforzata dal fatto che, contrastare la diffusione dell'AIDS equivale a salvare la vita delle persone: non si può offrire questa opportunità ad alcuni sì e ad altri no.
- Il secondo riguarda l'efficienza (livello economico): l'intervento deve essere efficace e riproducibile con il minor impiego di risorse possibile. A proposito di efficacia la letteratura sconsiglia interventi assembleari (ad esempio un esperto che parli *una tantum* a tutti gli studenti di una scuola) e raccomanda invece lavori su piccoli gruppi (ad esempio il gruppo classe).

L'equilibrio di questi due fattori può essere raggiunto con progetti che non prevedano l'intervento diretto degli operatori dei servizi: non ci sono tanti operatori disponibili per interventi su tutte le classi di tutte le scuole di una provincia (il bacino dell'Azienda USL) e se ci fossero l'intervento sarebbe comunque troppo costoso.

L'equilibrio si raggiunge solo creando, attraverso la formazione, dei gruppi esterni di operatori della prevenzione cui demandare il compito di intervenire. In questa direzione le strade seguite sinora sono sostanzialmente due:

- formare i docenti;
- formare gli studenti (*peer education*).

Agli operatori dei servizi può e deve restare il compito ben più economico di coordinare, supervisionare e supportare (specialmente nel secondo caso). Entrambe le modalità possono presentare vantaggi e svantaggi e vanno entrambe valutate e studiate. Non crediamo che una possa escludere l'altra, anzi pensiamo che sarebbe auspicabile integrarle. Noi per ora abbiamo scelto la prima.

2. Servizi e professionalità operanti nel progetto

- Promeco (SERT di Ferrara e Comune di Ferrara), un sociologo con funzioni di progettazione, coordinamento, formazione.
- SERT di Ferrara, uno psicologo con funzioni di progettazione, coordinamento e supervisione del lavoro di gruppo e di formazione.
- Consultorio dei Giovani di Ferrara, un ginecologo con funzioni di progettazione e formazione.
- Divisione Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera "S. Anna" di Ferrara, un'infettivologa con funzioni di formazione.

3. Descrizione dell'iniziativa

È un progetto di prevenzione specifica primaria rivolto agli adolescenti. Nasce da un approccio concertativo tra i diversi soggetti coinvolti: servizi promotori e scuole destinatarie dell'intervento e con l'approvazione del Provveditorato e dell'Assessorato alla Formazione della Provincia.

Territorio di riferimento

La Provincia di Ferrara

Considerazioni su cui si basa il progetto

I giovani eterosessuali stanno diventando anche in Italia una popolazione ad alto rischio di infezione da HIV; nel momento in cui diventano sessualmente attivi non sono sufficientemente esperti in materia di sesso e di precauzioni per tutelare la propria salute, anche perché hanno poche serie occasioni di parlare di sesso, sessualità e dei rischi a loro correlati.

L'informazione sui meccanismi del rapporto sessuale e sulle cause di trasmissione dell'AIDS è importante, ma per modificare i comportamenti occorre tenere conto della rilevanza dei fattori emotivi e relazionali che sono legati al problema, specialmente nell'età adolescenziale. Si tratta di aiutare i giovani a superare le difficoltà psicologiche legate al contrasto fra la razionalità (ad esempio adottare comportamenti adeguati) e l'emotività (ad esempio il desiderio di vivere l'innamoramento in modo spontaneo), perché compiano scelte positive per la propria salute.

Il problema è quindi di tipo formativo-educativo: quindi, la sede ottimale per affrontarlo è la scuola in quanto titolare di compiti pedagogici specifici. Grazie al rapporto esistente fra studenti e insegnante e agli strumenti per la promozione del benessere scolastico già istituiti ed operanti (Progetto Giovani 1993, progetto Ragazzi 2000, progetto Genitori, Centri di Informazione e Consulenza e insegnanti referenti per la prevenzione), la scuola può essere la mediatrice ideale tra giovani, famiglie, esigenze

del contesto sociale, operatori socio-sanitari per formare una matura consapevolezza della salute.

Obiettivo generale

Mettere a punto un modello di intervento (unità didattica o ipotesi di intervento preventivo) per un'attività di prevenzione permanente, da estendere a tutte le scuole superiori e di formazione professionale della Provincia di Ferrara, con lo scopo di dare loro il maggior grado di autonomia possibile nel campo della prevenzione dell'HIV.

Obiettivi specifici

- trasmettere agli studenti conoscenze corrette sui meccanismi di trasmissione e di prevenzione della salute;
- promuovere atteggiamenti e comportamenti preventivi;
- contrastare atteggiamenti e comportamenti di emarginazione nei confronti di sieropositivi e malati di AIDS.

Metodologia e strumenti

- formazione dei docenti per metterli in grado di effettuare interventi di prevenzione nelle loro classi. Per favorire l'apprendimento e il protagonismo¹ dei ragazzi, l'approccio consigliato è quello maieutico: non lezioni di tipo tradizionale, ma discussioni approfondite di gruppo che, con l'ausilio di strumenti didattici (video e opuscolo preventivo) servano a far scaturire le conoscenze dal rapporto dialettico conduttore-gruppo, con uno stile comunicativo di tipo cooperativo-competitivo basato sul modello di *self empowerment*;
- supervisione da parte di operatori dei servizi durante e dopo l'intervento;
- costruzione insieme ai docenti di un'Unità Didattica flessibile o Ipotesi di Intervento Preventivo che possa essere utilizzata come guida dai loro colleghi;
- verifica dell'efficacia del modello di intervento valutando l'impatto sui vari soggetti coinvolti (famiglie, studenti);
- valutazione del cambiamento del livello di conoscenze e gli atteggiamenti dei ragazzi dopo l'intervento;
- valutazione dell'efficacia del modello di intervento misurando la capacità di indurre comportamenti preventivi.

¹ Una delle motivazioni per cui alcuni preferiscono l'educazione tra pari, rispetto alla formazione dei docenti, è che questa favorirebbe maggiormente il protagonismo dei ragazzi. A nostro parere con questa modalità si favorisce di certo il protagonismo dei ragazzi formati. Per quanto riguarda la restante grande maggioranza degli studenti, la cosa è tutta da verificare. Non è detto tra l'altro che su questi temi gli studenti preferiscano l'interazione con un loro pari a quella con un adulto.

4. Il modulo formativo rivolto ai docenti

Contenuti

In linea con le esperienze già sperimentate negli ultimi anni a livello internazionale, comprende gli aspetti legati ai rischi di infezione e alla loro prevenzione e quelli relativi alla sessualità, alla relazione affettiva e alla comunicazione.

Momento di gruppo

Dopo ogni momento formativo è prevista la "elaborazione gruppale" coordinata da uno psicologo esperto in questa tecnica. Lo scopo è di favorire l'apprendimento delle conoscenze attraverso la riflessione del gruppo.

Risultati attesi

- creare in ogni Scuola Superiore e in ogni centro di formazione professionale della Provincia un gruppo di docenti che, utilizzando gli strumenti teorici e pratici (video, opuscolo, articoli, unità didattica) forniti durante la formazione, svolga:
 - interventi che coprano almeno un'intera fascia d'età (tutte le seconde o tutte le terze) (risultato minimo),
 - interventi di prevenzione differenziati secondo le fasce d'età (risultato massimo);
- aumento delle conoscenze dei ragazzi;
- assunzione di atteggiamenti e comportamenti preventivi.

Stato di attuazione del progetto

Il progetto è partito nel 1995 con una prima fase sperimentale che ha coinvolto 12 docenti di 4 scuole superiori e 6 docenti di 5 Centri Professionali della Provincia. Sono stati interessati dall'intervento 365 ragazzi e ragazze d'età compresa fra i 15 e 16 anni.

Un primo rapporto sui dati emersi dal questionario d'ingresso ha messo in evidenza l'esistenza di conoscenze errate e atteggiamenti a rischio, confermando il bisogno di interventi di prevenzione. Il rapporto di valutazione di efficacia, contenuto in questo resoconto, si riferisce ai risultati dell'intervento svolto nell'anno scolastico 1995/'96.

È stata realizzata con la collaborazione dei docenti un'Unità didattica o Ipotesi di intervento preventivo che è stata distribuita ai docenti del corso 1996. Inoltre alcuni docenti particolarmente motivati hanno svolto un intervento formativo ai loro colleghi del corso 1996/'97 basato sulla loro esperienza concreta e sulla ipotesi scritta.

Nel 1996 le scuole superiori che hanno aderito al piano di prevenzione sono state 14 (su un totale provinciale di 20) e i docenti 43. I 5 Centri di Formazione Professionale (CFP) già presenti lo scorso anno hanno confermato la partecipazione. Il totale dei docenti

che svolgerà l'intervento quest'anno è di 60. Si prevede di contattare con l'intervento 1750 ragazzi.

5. Distribuzione "partecipata" di un opuscolo preventivo.

Allo scopo di contattare gli studenti che non sono coinvolti nell'intervento diretto con i docenti e in generale la popolazione giovanile della provincia, è stata prevista la distribuzione di un "opuscolo preventivo" del Ministero della Sanità (10.000 copie) dal titolo "Da Arturo a Zorro".

Il linguaggio utilizzato è decisamente giovanilistico, a volte anche eccessivamente gergale, la grafica è accattivante. Ha il pregio di farsi leggere, dice tutto ciò che va detto per fare prevenzione e soprattutto lo fa con tono vivace e sereno.

La distribuzione è cominciata nelle scuole e nei centri professionali che aderiscono al progetto. Si prevede di utilizzare anche i Consultori Giovani e Familiari. Per studiare le modalità più efficaci per la distribuzione dell'opuscolo sono stati svolti incontri fra il coordinatore del progetto e gruppi di rappresentanti di studenti di due istituti superiori. Da questi incontri è emerso che per gli studenti la Scuola è la sede più adatta, perché qualificante, per distribuire e discutere dell'opuscolo.

Nella scuola la distribuzione avviene in modo da favorire l'interesse e la partecipazione degli studenti e per questo motivo la chiamiamo "partecipata". L'opuscolo è distribuito in classe all'inizio solo ai rappresentanti, perché ne prendano visione un successivo incontro con un operatore della prevenzione, nel corso del quale discuteranno dei contenuti e dello stile del prodotto e potranno rivolgere tutte le domande che riterranno opportune. Questa modalità si è rivelata utile per suscitare l'aspettativa e l'interesse negli studenti che non ricevono l'opuscolo.

Successivamente avviene l'incontro tra rappresentanti di classe e operatore dei servizi (sinora sono stati svolti 10 incontri con un totale di circa 600 rappresentanti, nessuno dei quali ha espresso parere negativo sul libretto). A loro è chiesto di distribuire personalmente l'opuscolo e di stimolare la richiesta di assemblee di classe sull'argomento prevenzione HIV avvalendosi delle informazioni e degli stimoli contenuti nell'opuscolo (ne sono state distribuite con questa modalità circa 7.000 copie).

Tabella 1. Quadro riassuntivo delle attività e dei soggetti coinvolti

SOGGETTI COINVOLTI	formazione/ intervento ANNO 1995/96	formazione/ intervento ANNO 1996/97	distribuzione opuscolo ANNO 1997
Scuole superiori	4	14	14
Centri professionali	5	5	5
Docenti formati	18	43	
Studenti contattati	365	1750	10.000 *

* studenti e altri giovani contattati ad esempio attraverso i consulenti

6. Verifica di efficacia dell'intervento del 1995/96

Per quanto riguarda l'impatto sulle famiglie, il dato è molto positivo: tutti i genitori hanno dato l'autorizzazione all'intervento e alcuni di loro hanno espresso ai docenti gradimento per l'iniziativa.

I ragazzi hanno reagito positivamente all'intervento: l'interesse è testimoniato dal fatto che oltre la metà di loro ha rivolto al docente la "domanda segreta" facoltativa contenuta alla fine del questionario.

Per quanto riguarda le conoscenze e gli atteggiamenti dei ragazzi, rispetto alle problematiche relative alla prevenzione HIV, la valutazione dell'efficacia si basa sul confronto fra i dati rilevati prima e dopo l'intervento. I questionari di ingresso sono stati somministrati nell'aprile del 1996, mentre quelli di verifica all'inizio dell'anno scolastico successivo (novembre 1996).

Conoscenze

Canali di trasmissione del virus

È stato chiesto ai ragazzi di evidenziare fra lacrime, sperma, pelle, liquidi vaginali, saliva, sangue, respiro, quelli che secondo le loro conoscenze erano i canali di trasmissione del virus.

Per i tre reali canali di trasmissione del virus sperma, liquidi vaginali e sangue, c'è una valutazione positiva che si basa sul calo sia in valore assoluto, sia naturalmente in percentuale di coloro che non li consideravano come tali. Per quanto riguarda invece lacrime, pelle e saliva la valutazione positiva è data al contrario dal calo anche qui sia in valore assoluto sia in percentuale di coloro che all'inizio li avevano individuati come canali di trasmissione.

Comportamenti a rischio di contagio

È stata proposta ai ragazzi una serie di comportamenti per ognuno dei quali essi dovevano indicare il grado di rischio di contagio: Alto (A), Basso (B) e Nessun rischio (N).

N = Comportamenti a Nessun rischio. In generale c'è un rilevante calo di timore infondato e ciò va nella direzione voluta di diminuire da una parte il livello di ansia e dall'altra il timore nei confronti dei sieropositivi, contribuendo così a prevenire la loro emarginazione. Ci riferiamo in particolare agli *items* "sedersi vicino ..." e "respirare vicino ad una persona malata ..." (questo dato è confermato nel paragrafo che valuta il comportamento da tenere con le persone sieropositive e malate).

B = Comportamenti a Basso rischio. Più differenziata la valutazione di rischio su questi comportamenti. È positivo che cali il timore di alto rischio per l'*item* "ricevere una trasfusione di sangue".

Per quanto riguarda l'*item* "avere rapporti sessuali protetti dal preservativo" viene confermata la valenza protettiva del profilattico. C'è però uno spostamento in % verso il Nessun rischio: in questo ultimo caso era preferibile un aumento della voce Basso rischio, sebbene il preservativo sia lo strumento principe della prevenzione per via sessuale, la sua garanzia di protezione è legata a molteplici fattori che comprendono la qualità, lo stato di conservazione, il tipo di materiale (lattice e non membrana animale), l'uso corretto e non ultima la possibilità di accidenti (graffi con le unghie, rotture, sfilamento durante il rapporto); ciò impedisce di considerare completamente a Nessun rischio il rapporto sessuale con il profilattico.

A = Comportamenti ad Alto rischio. Aumenta la consapevolezza di rischio rispetto all'*item* "avere rapporti orali". Per quanto riguarda i due comportamenti ad alto rischio più importanti ai fini preventivi, e cioè "avere rapporti sessuali non protetti dal preservativo" e "utilizzare una siringa usata da un altro per iniettarsi la droga" si può affermare che rimane e si consolida la consapevolezza di rischio.

Possibilità di accorgersi della situazione di sieropositività e pericolo di contagio nella fase di quiescenza della malattia

Una delle principali e più pericolose false conoscenze da combattere per fare prevenzione è quella secondo cui l'aspetto esteriore potrebbe rivelare la sieropositività di una persona, permettendo così di evitare contatti a rischio.

I risultati del test di ingresso avevano rilevato una percentuale consistente di affermazioni di questo tipo e una grande percentuale di incerti (Non so). Molto positiva la comparazione dei dati nella prima tabella: oltre agli incerti calano

notevolmente le persone che pensano ci si possa accorgere della propria o altrui situazione di sieropositività e aumentano le risposte contrarie. Per quanto riguarda la possibilità da parte del soggetto sieropositivo di infettare rimane la consapevolezza che il sieropositivo è veicolo di infezione e diminuisce l'incertezza e la disinformazione.

Conoscenze su strumenti e comportamenti preventivi

Sono state poste ai ragazzi una serie di domande riguardanti il preservativo e altri strumenti o "pratiche" (coito interrotto) anticoncezionali e la loro valenza preventiva relativa all'HIV.

In generale diminuiscono le false conoscenze, la disinformazione e l'incertezza, mentre si consolidano le conoscenze corrette.

Atteggiamenti nei confronti dell'uso del preservativo

Nel questionario c'erano inoltre una serie di domande specifiche sul preservativo:

- ritenete di saperlo usare;
- dove si può comprare;
- avreste difficoltà ad acquistarlo;
- se non lo conosceste a fondo, sapreste chiedere come precauzione al partner di usare il preservativo;
- che reazione avreste se il vostro partner volesse utilizzarlo;
- cosa pensereste di una ragazza che li acquista.

In generale viene mantenuto l'atteggiamento positivo nei confronti dell'utilizzo del preservativo:

- aumentano i ragazzi che pensano non ci sarebbero difficoltà ad acquistarli;
- aumentano i ragazzi che accetterebbero la proposta della ragazza di utilizzare il profilattico;
- aumenta nelle ragazze l'atteggiamento positivo nei confronti dell'acquisto del profilattico.

Si evidenziano però alcune ombre per quanto riguarda:

- difficoltà nel chiedere al partner di utilizzare il preservativo (aumentano, seppure di poco, le ragazze e resta invariato il numero dei ragazzi che pensano ci sarebbero difficoltà a fare questa richiesta al partner) (durante l'intervento in alcune classi non deve essere stato affrontato in maniera efficace questo argomento);
- reazione alla richiesta di utilizzare il preservativo (diminuisce, anche se di poco, l'accordo da parte delle ragazze);

- atteggiamento nei confronti di una ragazza che acquista i preservativi (aumenta leggermente l'atteggiamento negativo da parte dei ragazzi consistente in un giudizio di "poca serietà" della ragazza: c'è ancora molto lavoro da fare per creare una cultura positiva dell'utilizzo del profilattico nei ragazzi).

Atteggiamenti nei confronti del test e delle persone sieropositive e malate di AIDS

Molto positivo il bilancio di questa parte di risposte: c'è, infatti, un aumento di consapevolezza del fatto che non si può parlare più di categorie a rischio, ma di comportamenti a rischio; diminuisce l'atteggiamento intollerante e aumenta quello tollerante nei confronti delle persone colpite dalla malattia; aumenta la disponibilità a continuare la frequentazione di un amico eventualmente contagiato.

7. Conclusioni

L'intervento ha mostrato in generale di avere avuto un esito positivo, soprattutto per quanto riguarda la capacità di permettere ai ragazzi di discriminare tra comportamenti a rischio e non a rischio e tra mezzi e pratiche preventive e non.

Positivo anche il cambiamento di atteggiamento (sperando che possa dare origine a comportamenti conseguenti) nei confronti delle persone sieropositive e malate.

Viene mantenuto l'atteggiamento positivo nei confronti dell'utilizzo del preservativo: aumentano i ragazzi che pensano non ci sarebbero difficoltà ad acquistare i profilattici; aumentano i ragazzi che accetterebbero la proposta della ragazza di utilizzare il profilattico; aumenta nelle ragazze l'atteggiamento positivo nei confronti dell'acquisto del profilattico.

I dati di ingresso erano peraltro molto positivi ed era certo difficile produrre spostamenti significativi. In alcuni casi però l'intervento non è riuscito ad approfondire in maniera efficace la discussione: la percezione di eventuali difficoltà a chiedere al partner di utilizzare il profilattico è rimasta e il giudizio culturale negativo dato dai ragazzi nei confronti di una ragazza che li acquista è aumentato.

Oltre alla difficoltà di trattare questo argomento nella scuola italiana (difficoltà esplicitata da alcuni docenti), si possono evidenziare alcune possibili cause di questa parziale inefficacia:

- il carattere sperimentale dell'intervento;
- il poco tempo a disposizione di alcuni docenti, che non ha permesso di approfondire la discussione su alcuni argomenti;
- l'inesperienza dei docenti;

- la mancanza di strumenti come video e opuscoli che sono stati invece proposti per l'intervento nell'anno scolastico 1996/97.

Peraltro la scommessa di puntare sui docenti perché diventassero operatori della prevenzione ci sembra in gran parte riuscita.

UN'ESPERIENZA DI EDUCAZIONE TRA PARI SUL TEMA DELL'AIDS NELLE COMPAGNIE A IMOLA

*E. Dazzani in collaborazione con G. Gasperetti e S. Damiano
Azienda USL di Imola*

L'esperienza svolta in questi mesi è la sperimentazione di un possibile metodo di educazione sanitaria per la prevenzione del virus HIV; vuole essere un modo per incontrare gli adolescenti andando verso di loro, raggiungendoli nelle compagnie, negli ambienti nei quali si trovano. La scelta di avvicinare i giovani nei gruppi informali, al di fuori di ambienti istituzionali quali la scuola, le associazioni, le parrocchie, è motivata dalla consapevolezza che questi giovani hanno maggiore bisogno di essere "incontrati", perché meno conosciuti e meno avvicinabili dai Servizi Sociali.

L'operatore non può quindi crogiolarsi nelle sicurezze fornitegli dai suoi spazi, dal suo ambiente, dal tetto sicuro delle istituzioni: deve uscire, muoversi nel cielo, fare il primo passo, "andare verso", per creare la possibilità di un rapporto che altrimenti sarebbe difficile da instaurare.

La metodologia della "educazione tra pari" parte da presupposti secondo i quali è più facile confrontare ciò che si sa e ciò che non si sa in una situazione di parità e di confidenza; è più semplice confrontare le proprie convinzioni, i propri atteggiamenti e i propri comportamenti in un gruppo autoreferenziale, specialmente se gli argomenti sono intimi o riguardano aree trasgressive; è più facile accettare l'idea che esista un certo rischio personale quando questo viene discusso in una situazione neutra rispetto al principio di autorità che giudica, e quindi è più facile per gli adolescenti parlare dei rischi legati al piacere fuori dalla morale degli adulti.

Dopo avere individuato sette gruppi informali di Imola come popolazione-target a cui lanciare un messaggio di educazione alla sessualità e prevenzione AIDS, ho svolto sette interviste di gruppo, facendo loro la proposta dell'educazione tra pari. Due compagnie non si sono rese disponibili all'intervento, ma hanno accettato di compilare il post-test finale; ho potuto perciò verificare l'efficacia dell'esperienza confrontando i dati relativi alle compagnie che hanno partecipato all'educazione tra pari e quelli relativi ai due gruppi di controllo.

Il bilancio da trarre da questa prima originale esperienza di educazione tra pari non a scuola ma nel territorio, nel "sommerso", è contraddittorio.

Da una parte sono emersi forti limiti e problemi relativamente al coinvolgimento e alla partecipazione dei gruppi informali all'intervento: questo ostacolo si pone in termini diversi in ambito scolastico, in quanto l'attività proposta è inserita negli orari di lezione

ed è pertanto percepita come obbligatoria, accolta come un'esperienza diversa e nuova tra il grigiore di molte lezioni scolastiche. Durante l'intervento si sono inoltre incontrate molteplici resistenze connesse alla percezione soggettiva degli interpellati di "saperne già abbastanza" sul problema dell'AIDS e della sua prevenzione. Queste apparenti sicurezze non si affiancano, come testimonia la maggior parte dei questionari, ad una corretta informazione sul tema dell'AIDS e dei comportamenti a rischio. Si è pertanto cercato di discutere e riflettere all'interno dei gruppi informali sui risultati dei questionari per approfondire maggiormente una conoscenza spesso superficiale e teorica.

Questa prima esperienza di educazione tra pari nel territorio ha cercato di favorire l'incontro tra i gruppi informali e le istituzioni, ponendo in evidenza il loro difficile rapporto: da una parte gli adolescenti percepiscono le istituzioni come lontane dalla loro realtà e dai loro problemi, le conoscono superficialmente e hanno con talune contatti occasionali; dall'altra, le istituzioni rimangono spesso distanti dai giovani, preferendo attrarli verso il "tetto" sicuro delle loro sedi invece di uscire nel "cielo", nel territorio.

I risultati dei questionari evidenziano come nella maggior parte delle domande la situazione cambia, anche in modo significativo, dopo l'intervento di educazione tra pari. Nei post-test si può infatti notare una diminuzione nella disponibilità all'accettazione del rischio, un aumento nella percezione dell'importanza del preservativo e un incremento della percentuale dei ragazzi che pensano che il pericolo dell'AIDS possa quanto meno limitare il numero dei partner. Questi cambiamenti all'interno dei gruppi sperimentali non si sono verificati nei gruppi di controllo, le cui risposte sono rimaste pressoché invariate.

Nonostante i ragazzi affermino di essere al corrente del modo in cui si devono comportare per evitare di essere contagiati dal virus HIV, spesso le loro conoscenze non sono del tutto esatte, come per quel che concerne la trasmissione del virus da parte di insetti e di animali domestici. In questi casi la diminuzione delle risposte "sbagliate" è risultata apprezzabile rispetto ai gruppi di controllo.

Occorre inoltre sottolineare l'importanza degli atteggiamenti fra i determinanti, per i determinanti per il cambiamento dei comportamenti a rischio: ciò che non funzionava negli interventi classici di educazione alla salute era infatti la modifica di tali atteggiamenti e opinioni.

Con l'educazione tra pari sembra che questo obiettivo sia stato invece raggiunto, come evidenzia, ad esempio, la domanda circa la colpevolezza di chi contrae il virus HIV, che vede nei post-test dei gruppi sperimentali una diminuzione di chi concorda con tale colpevolizzazione.

I risultati di questa esperienza indicano che non esiste un universo giovanile omogeneo per quanto riguarda la percezione dell'AIDS e le reazioni nei confronti della minaccia che tale malattia rappresenta. È ragionevole perciò attendersi che giovani con atteggiamenti così differenziati rispondano in modo diverso a campagne informative identiche.

Ritengo che il metodo dell'educazione tra pari abbia dimostrato, attraverso questa esperienza, la sua validità ed efficacia in campo preventivo, ambito nel quale i giovani ascoltano con estrema difficoltà ciò che proviene dal mondo degli adulti, essendo più disponibili non solo all'ascolto, ma anche al dialogo e al confronto quando questo si realizza tra coetanei. In questo modo le informazioni non vengono ricevute come se provenissero dall'alto, ma viene favorita la spontaneità del linguaggio e dell'espressione, diminuisce l'imbarazzo, aumentano l'attenzione e la partecipazione.

È augurabile che questa esperienza, nel complesso positiva, che ha cercato di incontrare gli adolescenti nei loro spazi, al di fuori degli ambienti istituzionali, possa essere proposta ad altri gruppi informali di Imola e di altre città, consci che il controllo sistematico dell'efficacia di ciascuna campagna informativa, attraverso adeguate indagini valutative, appare come l'unica via percorribile per migliorare progressivamente l'efficacia degli interventi preventivi.

AIDS: LE OPINIONI DI UN GRUPPO DI STUDENTI

M.D. Delfino

Distretto di Montecchio Emilia, Azienda USL di Reggio Emilia

1. Introduzione

Da alcuni anni, nell'ambito di un più vasto programma di educazione alla salute ed alla sessualità, viene proposto agli studenti del 2° anno dell'Istituto Tecnico Superiore di Montecchio Emilia (RE) un intervento specifico per le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST), con particolare attenzione alle problematiche correlate all'AIDS. Tale intervento è condotto da un ginecologo e da uno psicologo medico, è rivolto a gruppi classe ed ha una durata di tre ore.

Si articola in due fasi:

- nella fase informativa vengono illustrate le MST, fonti e modalità di trasmissione, segni e sintomi con cui si manifestano e le strategie di prevenzione; si utilizzano in questa fase diapositive esplicative che hanno un impatto immediato e di facile comprensione;
- nella seconda fase, gli studenti sono invitati a compilare un questionario (tratto dal volume "Le parole giuste") che viene poi utilizzato per la discussione in gruppo.

Gli obiettivi di tale intervento sono quelli di fornire e/o integrare le informazioni che i giovani hanno relativamente alle MST, promuovendo gli strumenti di prevenzione rispetto alle stesse, valutando quanto e come il grado di conoscenza e le informazioni acquisite possano influenzare e/o modificare modelli di comportamento che i giovani adottano nei confronti dell'AIDS.

Si può sostenere che gli interventi fin qui condotti hanno consentito ai giovani partecipanti di riorganizzare ed ampliare conoscenze precedenti, che spesso si sono rivelate insufficienti o non corrette; hanno inoltre evidenziato come le diverse fonti informative esercitino una notevole influenza sulle opinioni che i giovani hanno dell'AIDS.

Si vogliono qui di seguito riportare i dati relativi alle opinioni espresse da un gruppo di 62 studenti (ottenuti dall'elaborazione dei questionari su indicati) che, seppur non rappresentativo di una più ampia fascia di popolazione giovanile, possono offrire indicazioni per progetti futuri. Sono state esaminate tre aree che sinteticamente definiremo relative a:

- prevenzione
- comportamenti
- sentimenti

2. Prevenzione (Tabella 1)

Alla domanda "Se ti capitasse di fare l'amore con una persona che ti piace molto ma che non conosci, come ti comporteresti?", 44 ragazzi, senza distinzione fra maschi e femmine, dichiarano che userebbero il preservativo e/o avrebbero rapporti dopo aver conosciuto meglio il partner: "... andrei a comprare le giuste precauzioni e poi lo farei; ... uso il profilattico e cerco di conoscere le sue malattie"; 10 rinuncerebbero perché non abituati a rapporti occasionali; solo 3 (maschi) lo farebbero comunque anche senza preservativo: "... ci do dentro più che posso"; uno di loro (femmina) chiederebbe prima il test per l'AIDS: "... prima di tutto dovremmo fare un test per vedere se siamo infetti con malattie che si possono trasmettere". (Tabella 1A)

Alla domanda "L'uso del profilattico può procurare dei problemi?" solo la metà dichiara di non averne, l'altra metà afferma che può procurare problemi di insicurezza sul corretto uso, paura che si possa rompere, difficoltà a comprarlo e problemi di tipo emotivo-relazionale (vergogna, mancanza di spontaneità nel rapporto, sfiducia): "... sì, se si rompe sei nella ... ; ... insicurezza, timore, vergogna, ho l'idea che lui pensi che io non mi fidi; ... il preservativo è estraneo e può rovinare l'atmosfera, ma è meglio rovinare l'atmosfera che la vita". (Tabella 1B)

Alla domanda "Per prevenire l'AIDS sarebbe bene distribuire i profilattici nelle scuole?" in 50 si dichiarano favorevoli, soprattutto per superare la vergogna di comperarlo altrove (farmacia, supermercato), sicuri che essendo per loro un luogo più accessibile è favorita la prevenzione delle MST; alcuni di loro richiedono che sia distribuito in un luogo all'interno della scuola riservato; alcuni sono favorevoli anche se la loro opinione non è condivisa da genitori "preistorici". Gli altri 12 sono sfavorevoli, sostenendo che la scuola non è il luogo adatto, che ha il solo compito di responsabilizzare, che favorirebbe i rapporti occasionali fra giovani: "... secondo me no, perché la scuola è un ambiente serio e si deve solo occupare dell'istruzione e non della vita di coppia; ... non credo che possa funzionare perché se non lo usano è come se non l'avessero ricevuto". (Tabella 1C)

A questo proposito alla richiesta "Gli adolescenti hanno molti rapporti sessuali occasionali?" si evidenzia che 16 non sanno rispondere o tutt'al più si augurano di averne: "... boh ... è possibile; ... io spero di averne"; 27 rispondono di sì per vari motivi fra cui l'incoscienza, voglia di scoprire il sesso, per sembrare più grandi o per vantarsi con gli amici: "... quando capita si va; ... vero, gli ambienti notturni agevolano i rapporti occasionali". Quelli che sono in disaccordo non offrono particolari motivazioni: "... no, io credo che gli adolescenti pensino molto anche all'amore ed è per questo che secondo me la maggior parte dei giovani non farebbe sesso se non fosse innamorato". (Tabella 1D)

Il dato più importante ci sembra quello relativo alla domanda "Molti ragazzi preferiscono rischiare piuttosto che usare il profilattico?": 31 si dichiarano d'accordo

perché sul rischio prevale il sentimento di vergogna o perché ritengono che il profilattico possa ridurre il piacere sessuale, perché l'uso riduce la spontaneità dell'atto sessuale o più semplicemente per non lasciarsi scappare l'occasione: "... sono semplicemente pigri e non vogliono scomodarsi per comprarli; ... sì non vogliono farsi sfuggire il momento propizio; ... sì per avere più piacere". Gli altri invece sono in disaccordo ritenendosi consapevoli che il profilattico aiuta a prevenire le MST, alcuni ironicamente sostengono che è più facile che siano gli adulti a correre tale rischio: "... quelli che lo fanno sono dei fessi; ... non penso, sempre per la paura di incontrare il virus". (Tabella 1E)

3. Comportamenti (Tabella 2)

Alla domanda "Il problema AIDS pensi che possa influenzare i giovani e in che modo?" la maggioranza (59) ritiene che il problema AIDS influenzi il comportamento dei giovani, responsabilizzandoli nelle loro scelte sessuali ed inducendoli alla prevenzione, ma sostengono che contestualmente genera paura della malattia, evocando la drammaticità del concetto della morte. Di questi, un sottogruppo sostiene che l'AIDS è responsabile di una limitazione dei rapporti sessuali e che genera emarginazione, diffidenza ed insicurezza nel rapporto con gli altri; solo 3 pensano che il loro comportamento non sia influenzato, dichiarando di evitare di pensarci o di spostare il problema ... finché non succede. (Tabella 2A)

Trentasei ragazzi/e (prevalentemente femmine) sostengono che il problema AIDS non è solo dei giovani, ma riguarda tutte le età; gli altri 26 (prevalentemente maschi) ritengono invece che i giovani sono i più coinvolti, poiché hanno maggiori necessità di informazione e sono più a rischio di contrarre la malattia. (Tabella 2B)

Dimostrano di aver sviluppato un senso di solidarietà nei confronti di chi ha contratto il virus, poiché alla domanda "Un ragazzo sieropositivo non può più far parte del suo gruppo di amici?" ben 59 di loro rispondono che un sieropositivo ha diritto a condurre una vita normale, è un ragazzo come gli altri, e sottolineano che l'AIDS non si trasmette con l'amicizia e/o con le parole; solo alcuni consigliano cautela ma non viene negata l'amicizia e l'aiuto: "... un amico è sempre un amico; ... in quelle condizioni ha bisogno di affetto più di prima; ... perché parlando, girando, giocando e scherzando non ci si trasmette l'AIDS; ... l'importante è che vengano prese le dovute precauzioni; ... penso che debba avere una vita normale, essere adeguatamente sostenuto moralmente, essere trattato come gli altri senza evidenziare la sua differenza". Solo 3 ritengono che non può più far parte del gruppo fino alla richiesta estrema di "o lui o io" motivata dal terrore che genera questa malattia: "... io ne sarei spaventata, se non se ne va lui, me ne vado io". (Tabella 2C)

All'affermazione "La paura delle MST rende più fedeli i partner" 22 si dichiarano d'accordo: "... sì, secondo me rende più fedeli, perché si avranno meno scappatelle con persone sconosciute; ... sì per paura di prendere il virus"; 6 non sanno cosa rispondere: "... non lo so, io non ho una ragazza"; 33 ritengono che la voglia di avventura, l'incoscienza per alcuni, l'amore, siano più forti della paura: "... perché non è una malattia a rendere un legame più forte, ma l'amore; ... sarebbe bello, ma non è sempre così, perché se un uomo vuole andare con altre donne diverse dalla moglie, ci va comunque!". (Tabella 2D)

In 48 pensano che una ragazza che tiene in borsa dei profilattici adotta un comportamento prudente, a favore della propria salute e di quella del partner, anche se alcuni di loro affermano che la ragazza è prudente ma di facili costumi: "... perché non aspetta altro; ... vuol dire che è un po' maiala ma che però è attenta, ... anzi è furba". Gli altri lo ritengono un comportamento poco serio, da prostituta; in particolare le ragazze di questo sottogruppo affermano che loro non lo farebbero mai. (Tabella 2E)

Sono invece tutti d'accordo sulla necessità che una persona affetta da una MST debba informare il partner per non contagiarlo, ma anche per sentimenti di rispetto, lealtà e sincerità, pur correndo il rischio di essere abbandonata; un soggetto ritiene che essere informato sia un suo diritto: "... sì per non contagiarlo; ... sì anche se attualmente nessuno lo fa; ... lo trovo giusto perché altrimenti si ammalerebbe anche lui e se lo ama lo informa per il suo bene; ... sì perché anche lui ha il diritto di saperlo, in questo caso non potrebbero più mangiare insieme". (Tabella 2F)

4. Sentimenti e valori (Tabella 3)

Alla domanda "Quali sentimenti può procurare l'attenzione dei mass media sul problema dell'AIDS?" in 31 riferiscono di vivere sentimenti connotati negativamente in modo particolare per la paura che evoca tale malattia, la drammaticità dell'evoluzione e l'emarginazione delle persone affette, ma contestualmente evoca anche sentimenti di solidarietà: "... paura di prenderlo; ... danno notizie giuste ma è meglio non fidarsi troppo; ... dà un senso di ribrezzo; ... fratellanza per le persone affette; ... può creare degli stupidi complessi; ... non ne ho idea a me fa un po' paura". Diciassette ritengono che l'attenzione dei mass media, più che agire sui sentimenti, favorisce l'informazione, la riflessione su tali tematiche e la prevenzione di questa malattia. Solo 6 si dichiarano indifferenti al problema: "... non lo so, non ci ho mai fatto caso". (Tabella 3A)

Molti (49) riferiscono di non aver mai avuto paura immotivata di contagio e coloro che invece hanno vissuto paure di questo tipo (13, prevalentemente ragazze) ritengono che ciò è dovuto alle scorrette informazioni ricevute, fino al momento del corso: "... sì dopo aver baciato un ragazzo ho passato dei mesi tremendi". (Tabella 3B)

In contraddizione con la precedente affermazione, in 50 rispondono alla domanda successiva di provare, quando pensano all'AIDS, sentimenti di ansia e paura di contrarre la malattia attraverso i rapporti sessuali; ritengono che questa malattia aumenti la diffidenza nei rapporti sociali; provochi dolore e timore di abbandono in chi si ammala. Più chiaramente i ragazzi esprimono, in relazione all'AIDS, paura della sofferenza e paura per il futuro fino ad esplicitare una visione catastrofica di un mondo che sta andando alla deriva: "... ho paura che un giorno possa incontrarlo; ... mi passa la voglia di ...; ... penso alla morte e al dolore che si dovrà soffrire; ... provo un dispiacere enorme nei confronti di coloro che l'hanno contratto". Tra loro, in 12 adottano meccanismi di negazione, dichiarando di non pensarci e di non essere toccati dal problema, o esprimono la propria rabbia individuando come responsabili di questa malattia immigrati, tossicodipendenti, ecc. In quest'ultimo caso prevalgono i maschi: "... non lo so perché finché una cosa non mi capita non riesco a provarla; ... rabbia, per colpa degli immigrati, non si può più fare sesso liberamente". (Tabella 3C)

Volendo analizzare quanto peso ha il pregiudizio nei confronti di persone affette da HIV e qual è la loro opinione in proposito, la stragrande maggioranza, all'affermazione che una persona affetta da MST abbia condotto una vita senza principi morali, si dichiara in disaccordo, sostenendo che l'AIDS non si trasmette solamente attraverso rapporti sessuali, ma che ci si ammala anche per sfortuna e casualità, non trovando nessi tra i principi morali e la malattia. Solo in 4 condividono l'affermazione e 6 non rispondono. (Tabella 3D)

Come per l'affermazione precedente, viene confermata la tendenza a sostenere che chi si ammala di AIDS è soggetto a sfortuna, o ad una sorta di sbadataggine o leggerezza nelle scelte sessuali (33); altri ritengono che: "... chi si è infettato non se l'è andato a cercare", ma ha adottato comportamenti a rischio o sono intervenute cause accidentali: "... molte volte no, è stato solo sfortunato, perché può capitare a chiunque; ... può averlo contratto anche attraverso trasfusioni di sangue; ... no, sicuramente per uno sbaglio; ... non penso, perché magari provava sentimenti per il/la partner"; altra cosa vale per i sieropositivi: "... molto probabilmente chi si è infettato ne è stato vittima". Solo 7 sostengono con più convinzione che chi si ammala se lo va a cercare: "... se uno non vuole l'AIDS usa la testa e non diventa 'Aidsato'; ... dipende se è un drogato o no". (Tabella 3E)

Molti più conflitti sono emersi all'affermazione "Una coppia sieropositiva non deve avere figli": 35 di loro sono contrari al fatto che una coppia di sieropositivi abbia un figlio, adducendo quale motivazione preponderante danni alla salute del bambino, dando per scontata la sieropositività del nascituro, sostenendo che la procreazione in questa coppia è un atto di egoismo, considerando il fatto che il bambino potrebbe restare orfano prematuramente: "... perché i figli potrebbero soffrire molto per i genitori e potrebbero contrarre il virus; ... perché penso che anche se questo potrebbe

nascere non sieropositivo, i genitori lo curerebbero e il bambino potrebbe rimanere orfano; ... se cresciuto sieropositivo, potrebbe far fatica a trovare dei veri amici e un ragazzo/a". Diciannove ritengono invece che è una libera scelta dei genitori, che la decisione spetta a questi ultimi, avendo loro diritto a costituire una famiglia, assumendosene la responsabilità e la cura. In 8 non sanno rispondere ed in un tentativo di mediazione, propongono l'adozione: "... non saprei, se proprio non possono, potrebbero adottarli". (Tabella 3F)

In conclusione si riportano i giudizi dei ragazzi sul proprio atteggiamento nei confronti dei problemi legati all'AIDS:

- 26 ritengono di avere un atteggiamento di consapevolezza, di porsi con maggiore attenzione ai problemi dall'AIDS, adottando prudenza e strategie di prevenzione;
 - in 23 ragazzi prevalgono sentimenti di paura, di insicurezza e di scetticismo, richiedendo ulteriori informazioni e la possibilità di parlarne di più;
 - 7 assumono un atteggiamento menefreghista o scaramantico;
 - 6 non rispondono. (Tabella 4A).
-
- ✓ "... l'AIDS va combattuto usando delle contromisure, non bisogna mai rischiare in un rapporto perché questo deve dare piacere e non dispiacere ..."
 - ✓ "... l'AIDS meglio non conoscerlo e non averlo..."
 - ✓ "... sto attenta e non m'importa di chi lo prende e come ..."
 - ✓ "... si dovrebbe fare di più per questo problema ..."
 - ✓ "... me ne frego ..."
 - ✓ "... sono abbastanza scettica in riguardo e la paura è grande ..."
 - ✓ "... l'AIDS è una malattia che con le dovute precauzioni non si contrae e quindi io le osserverò tutte ..."
 - ✓ "... l'AIDS è una brutta bestia, anche se sei diffidente puoi venire contagiata, puoi venire contagiata anche con una trasfusione di sangue ..."
 - ✓ "... io ho una paura terribile dell'AIDS, io sono terrorizzata solo nel parlare con persone che hanno l'AIDS, sono sicuro che se mai un giorno si troverà un vaccino, io sarei la prima a sperimentarlo ..."
 - ✓ "... indifferenza, cerco la fortuna senza sforzi ..."

Ci limitiamo a riportare le opinioni così come sono state espresse dai ragazzi senza ulteriori commenti, in quanto sottolineano come la strada della "consapevolezza" e la tutela della propria salute, sia lunga e complessa, richiedendo un maggiore impegno, non solo in ambito scolastico e/o della famiglia, che coinvolga globalmente ogni ambito sociale.

TABELLA 1 - PREVENZIONE

Totale 62 di cui 30 F e 32 M

	Totale	Maschi	Femmine
A)	44	23	21
	10	6	4
	4		4
	3	3	
	1		1
B)	32	19	13
	28	12	16
	2	1	1
C)	50	26	24
	10	5	5
	2	1	1
D)	27	16	11
	19	7	12
	16	9	7
E)	31	15	16
	25	13	12
	6	4	2

TABELLA 2 - COMPORTAMENTI

Totale 62 di cui 30 F e 32 M

	Totale	Maschi	Femmine
A)	59	31	28
	3	1	2
B)	36	9	27
	26	23	3
C)	59	30	29
	3	2	1
D)	22	12	10
	33	16	17
	6	3	3
E)	48	25	23
	9	5	4
	5	2	3
F)	62	32	30

TABELLA 3 - SENTIMENTI

Totale 62 di cui 30 F e 32 M

	Totale	Maschi	Femmine
A)	31	16	15
	17	11	6
	6	3	3
B)	49	28	21
	13	4	9
C)	50	21	29
	12	11	1
D)	52	25	27
	4	2	2
	6	5	1
E)	33	16	17
	22	10	12
	7	6	1
F)	35	20	15
	19	9	10
	8	3	5

**TABELLA 4 - GIUDIZI SUL
PROPRIO ATTEGGIAMENTO**

Totale 62 di cui 30 F e 32 M

	Totale	Maschi	Femmine
A)	26	16	10
	23	8	15
	7	2	5
	6	6	

DALLA PREVENZIONE DELL'AIDS ALL'IDEA DI SALUTE: UN PERCORSO PER GLI INSEGNANTI DELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI

C. Gabrielli, R. Marzola, P. De Cosimo e M. Durante

Servizio Tossicodipendenze di Vignola, Azienda USL di Modena

1. Introduzione

Le ultime linee guida ministeriali in tema di prevenzione nella scuola invitano gli operatori sanitari ad introdurre il tema della formazione dei formatori all'interno dei progetti sulla promozione della salute limitando al massimo, fino ad escludere, gli interventi diretti sugli allievi. Viene quindi posta come prioritaria la formazione degli insegnanti nell'intento che loro stessi, all'interno della propria, imprescindibile ed importantissima funzione educativa, siano promotori di progetti di prevenzione e promozione della salute dei loro alunni. Il nostro Servizio è stato da anni individuato come referente per la prevenzione dell'AIDS nelle scuole e dall'anno 1996-97 gli operatori, in seguito a valutazione tecniche interne, hanno ritenuto maturi i tempi per modificare gli interventi allineandosi così alle indicazioni fornite dalla Regione.

È stato quindi elaborato un progetto rivolto agli 11 insegnanti referenti di ogni classe delle scuole medie di 2° grado di Vignola che ha richiesto l'intervento di prevenzione AIDS all'inizio dell'anno scolastico. L'intervento sugli insegnanti si è svolto in forma seminariale in una giornata completa presso la sede del Nostro Servizio (che possiede un ampio spazio dedicato alla biblioteca). Gli obiettivi specifici di ogni parte della giornata e gli strumenti utilizzati sono descritti nella tabella 1.

Tabella 1. Seminario per gli insegnanti

Obiettivo	Strumento utilizzato
Avere uno sguardo conoscitivo sui propri alunni	Questionario sui comportamenti e sugli atteggiamenti a rischio somministrato a tutte le classi prima della giornata seminariale e i cui contenuti sono discussi prima dell'inizio dell'intervento
Apprendere informazioni tecniche sull'AIDS	Materiale ministeriale integrato ed aggiornato
Apprendere tecniche di conduzione di gruppi	Giochi didattici
Sperimentare su se stessi le implicazioni di natura psicologica che forti temi come l'AIDS implicano	Giochi didattici e <i>role-playing</i> videoregistrati e da ultimo commentati
Verifica dell'intervento sugli insegnanti	Questionario di valutazione dell'intervento

L'obiettivo generale del progetto è mettere gli insegnanti-educatori in grado di duplicare efficacemente l'informazione tecnica ricevuta e di gestire gli aspetti emotivi attivati dall'intensità della trattazione di temi specifici legati all'AIDS (così come da

loro stessi sperimentati) con adeguata e sufficiente tranquillità. È previsto un questionario autosomministrato in entrata ed in uscita per gli alunni per verificare le informazioni trasmesse dal punto di vista dei contenuti.

Dal punto di visto formale le due figure professionali coinvolte nella formazione sono state il medico e lo psicologo che hanno alternato durante la giornata momenti informativi a momenti di formazione attiva, ponendo così l'accento sul fatto che i temi proposti dall'informazione scientifica sul tema AIDS hanno al loro interno la potenzialità di sviluppare nel gruppo discussioni a forte carica emotiva, che l'insegnante deve poter gestire.

I risultati sono stati buoni ed i giudizi di gradevolezza dell'intervento sono stati unanimemente di soddisfazione da parte dei partecipanti. I dati in nostro possesso sono tuttavia parziali; essendo tuttora in corso gli interventi degli insegnanti sugli alunni, non possiamo ancora sapere quale grado di trasferibilità didattica abbia avuto il materiale da noi proposto, la documentazione ministeriale integrata e i giochi didattici.

Concludendo possiamo dire che:

- il questionario su comportamenti ed atteggiamenti a rischio (i cui contenuti sono stati discussi in apertura della giornata, ha permesso di ricondurre a concretezza ciò di cui si stava discutendo: non si stava parlando della categoria astratta degli adolescenti, ma dei loro alunni che hanno mostrato di avere comportamenti a rischio: su 262 alunni il 2% ha ammesso uso di droghe per via endovenosa, il 25% usa stupefacenti in generale, più il 15% se si considerano anche gli psicofarmaci prescritti da medici: il 70% ha rapporti sessuali e di questi solo il 30% usa regolarmente il preservativo);
- gli insegnanti hanno lavorato con grande intensità sulla messa a fuoco dei loro pregiudizi e sulle loro difficoltà sul tema dell'AIDS, esprimendosi liberamente sul piano personale, nel buon clima di rilassatezza che una sede adeguata e l'intera giornata di lavoro consentono, accettando la discussione sui propri atteggiamenti e sulle loro scelte che via via si delineavano durante le diverse tappe della giornata;
- gli insegnanti hanno mostrato di essere stimolati dall'idea di ricostruirsi l'immagine di "educatori" dotati di strumenti per l'applicazione di una comunicazione efficace nei confronti dei ragazzi, senza deleghe agli esperti o ad altre figure.

Ci pare quindi che la scuola sia attualmente in grado di accettare la definizione di esperti che "informano ed aggiornano" su come prevenire malattie e comportamenti a rischio di malattia, e quella di insegnanti-educatori che hanno le potenzialità, muovendosi in una dimensione temporale più ampia ed in ruolo più efficace, di

favorire il "mutare" degli atteggiamenti e comportamenti a rischio per lo stato di benessere psico-fisico dei ragazzi.

Le fasi del progetto sono sintetizzate nella tabella 2.

Tabella 2. Fasi del progetto

OPERATORE	INTERVENTO E STRUMENTI UTILIZZATI	TARGET
Intervento già effettuato		
Medico epidemiologo	Questionario su atteggiamenti e comportamenti a rischio	alunni delle classi che hanno richiesto l'intervento di prevenzione AIDS
Medico e psicologo	Messa in comune dei dati emersi dal questionario Formazione insegnanti in giornata seminariale	insegnanti referenti delle classi
Medico e psicologo	Questionario di valutazione dell'intervento	insegnanti
Intervento in corso		
Insegnanti	Questionario su informazioni prima dell'intervento	alunni
Insegnanti	Lezione informativa, giochi didattici	alunni
Insegnanti	Questionario su informazioni dopo l'intervento	alunni
Medico epidemiologo	Valutazione dei risultati del questionario in entrata ed in uscita	insegnanti-alunni
Operatori Ser.T. e Insegnanti	Verifica dell'intervento concluso	insegnanti
Medico e psicologo	Materiale per gli alunni	alunni

2. Epidemiologia e prevenzione

Le seguenti simulazioni consentono di ampliare le conoscenze su modalità di trasmissione, metodi di prevenzione, comportamenti a rischio, storia della diffusione dell'AIDS quale malattia infettiva a carattere epidemico.

L'attività didattica verrà svolta in classi di Scuola Media Superiore. Verranno organizzati gruppi di lavoro (4) in cui alcuni studenti (facilitatori) pre-formati guideranno l'attività del gruppo. Per ogni caso dovranno essere realizzati alcuni lucidi (1) in cui vengono presentate le risposte ai quesiti formulati e/o le eventuali difficoltà incontrate dal gruppo nel rispondere. I lucidi saranno poi confrontati per una discussione conclusiva nella plenaria finale con insegnanti, allievi e tecnici USL di settore.

Metodo di lavoro:

- coordinamento tra i vari servizi coinvolti e tra Igiene Pubblica e altri servizi di prevenzione,
- incontro con gli insegnanti interessati;
- incontro con gli allievi "facilitatori";
- attività in classe coordinata tra insegnanti e tecnici USL;
- valutazione conclusiva sugli elaborati sulla base di criteri predefiniti (quantitativi-qualitativi);
- revisione di criteri, materiali e metodi.

3. Malattia Trasmessa Sessualmente

Le seguenti simulazioni consentono di ampliare le conoscenze sulla modalità di trasmissione, metodi di prevenzione, comportamenti a rischio, attività svolta nei centri per MTS e Consultori.

L'attività didattica verrà svolta in classi di scuola media superiore. Verranno organizzati gruppi di lavoro (4-6) in cui alcuni studenti (facilitatori) preformati guideranno l'attività del gruppo. Dovranno venire realizzati, per ogni caso, lucidi (1) riportanti le risposte ai quesiti formulati e/o le eventuali difficoltà incontrate dal gruppo nel rispondere. I lucidi verranno poi posti a confronto per una discussione conclusiva nella plenaria finale con insegnanti, allievi e tecnici USL di settore.

Metodo di lavoro:

- coordinamento tra i vari servizi coinvolti e tra i tecnici consultoriali e MTS;
- incontro con gli insegnanti interessati;
- incontro con gli allievi "facilitatori";
- attività in classe coordinata tra insegnanti e tecnici USL;
- valutazione conclusiva sugli elaborati sulla base di criteri predefiniti (quantitativi-qualitativi);
- revisione di criteri, materiali e metodi.

4. Aspetti psicosociali

Le seguenti simulazioni consentono di realizzare attività didattica in classi di Scuola Media Superiore con 2 modelli. Si basano sul confronto di esperienze e animazioni organizzate da 3-4 gruppi di lavoro in cui alcuni facilitatori pre-formati guidano valutazioni individuali per realizzare un lucido (prime 3 simulazioni) da confrontare

poi nella plenaria conclusiva, e una drammatizzazione (ultima traccia) da valutare nei suoi aspetti salienti nella stessa occasione.

Metodo di lavoro:

- coordinamento tra i vari servizi coinvolti e tra i tecnici consultoriali e del SERT;
- incontro con gli insegnanti interessati;
- incontro con gli allievi "facilitatori";
- attività in classe coordinata tra insegnanti e tecnici USL;
- valutazione conclusiva sugli elaborati sulla base di criteri predefiniti (quantitativi e qualitativi);
- revisione di criteri, materiali e metodi.

5. Casi

"... uno steward vivace ..."

J.S., steward di una nota compagnia di volo statunitense, attraente, omosessuale, vivace, aveva un intenso interscambio di partner (per sua stessa ammissione fino a superare i 200 interscambi l'anno).

Si contagiò all'inizio degli anni 80 e contribuì notevolmente alla diffusione del virus, fino alla sua morte, che avvenne tre anni dopo la comparsa dei primi sintomi (poliadenia diffusa e aspecifica, manifestazioni cutanee a tipo sarcoma di Kaposi e polmonite da *pneumocystis Carinii*).

Con la sua attività aveva costanti occasioni di interscambi in varie città degli USA e anche in altri paesi europei. Quando venne informato della propria condizione (quasi 3 anni prima della morte) e della contagiosità della malattia di cui era portatore, non si assunse alcuna responsabilità e decise che era giusto che anche i futuri partners provassero quello che lui in quel momento provava. Non li avvisò pertanto del proprio stato e continuò con la propria attività fino alla morte.

Attraverso tale storia ripercorrere:

- 1) le tappe fondamentali di diffusione della malattia
- 2) il nuovo modo di svilupparsi delle epidemie nel mondo moderno

“... una famiglia sfortunata ...”

Anne sposa J.B.G. a 20 anni. Conosce la malattia del marito: l'emofilia. Malattia che la scienza ha imparato a controllare con periodiche somministrazioni di quel fattore che manca al malato: il fattore VIII, derivato da sangue umano.

J. si sottopone a iniezioni ogni 20 giorni; è un ottimo marito, tenero, intelligente, sensibile.

Nel 1983 Anne comincia ad accusare stanchezza e deperimento progressivo, diarrea e strane manifestazioni sulla pelle. Consulta un primo, un secondo, un terzo medico, fino a che una grave polmonite la obbliga al ricovero presso un ospedale di New York. La polmonite è determinata da un raro parassita, un protozoo; deve essere curata con un farmaco speciale, la pentamidina.

D'un tratto la situazione diviene chiara a tutti: Anne è malata di AIDS, trasmessale dal marito, contagiatosi, pur in modo asintomatico, attraverso le iniezioni di fattore VIII.

Attraverso tale storia:

- 1) ripercorrere le tappe fondamentali di diffusione della malattia negli emofilici
- 2) il rischio di contrarre l'infezione attraverso sangue ed emoderivati e attraverso i rapporti eterosessuali

“... una storia vicina ...”

Michela S., 25 anni. Ha frequentato a lungo comunità, centri per tossicodipendenti e compagnie particolari. Una vita difficile e scomoda alle spalle fatta di devastazione morale e prostituzione. A 24 anni esce dal giro con l'aiuto della famiglia e motivata da un nuovo evento: attende un bambino.

I primi dubbi in ospedale, dagli esami fatti prima del parto: occorrerà intervenire sul bimbo, una volta nato, vaccinandolo per l'epatite B e controllando un ulteriore fattore che sembra poter dare problemi. Il bimbo dovrà fare molta attenzione e curare bene ogni evento infettivo, vaccinarsi solo con vaccini inattivati, frequentare le comunità con molte cautele per evitare pericolose infezioni. Col piccolo in braccio, preoccupata, Michela attende una risposta certa: il piccolo è malato di AIDS?

Ripercorrere:

- 1) la diffusione della malattia in Europa e in Italia nella prima infanzia
- 2) il rischio di contrarre l'infezione attraverso l'uso di siringhe infette e altre pratiche inusuali

“... storia di Marco ...”

Marco 25 anni, bisex, non tossicodipendente, studente in giurisprudenza a Milano. Ha rapporti occasionali non protetti con ragazzi e ragazze della sua città. In estate in Olanda ha diversi rapporti omosessuali non protetti.

Dopo alcuni anni incontra Luana, che comincia a frequentare regolarmente, trova lavoro e sospende volontariamente i rapporti omosessuali. Compaiono allora alcuni sintomi (calo ponderale graduale, febbre, ghiandole linfatiche ingrossate al collo e all'inguine) che lo preoccupano e lo spingono ad eseguire numerosi controlli fino a portarlo a rivolgersi ad un Centro per le Malattie a Trasmissione Sessuale, dove viene sottoposto a visita e vengono eseguiti gli accertamenti AIDS. Positivi.

Comunica la cosa a Luana che interrompe la relazione con lui; i suoi genitori non lo abbandonano. Non perde né lavoro né amici.

Attraverso la storia esaminare:

- 1) le modalità di trasmissione dell'AIDS
- 2) il rischio di contrarre la malattia nei partner omo ed eterosessuali, nei conviventi e nell'ambiente di vita

“... Susy's story...”

Susy nasce in Australia, si trasferisce a New York a 27 anni per lavorare come publicista. Torna in Australia in vacanza. Incontra James, 35 anni, separato con una figlia che vive con lui. Susy e James decidono di sposarsi. Arriva un bambino. Al sesto mese di gravidanza Susy scopre di essere sieropositiva. Nasce Janny.

Nasce già affetto da AIDS. Susy ripensa al suo passato: rivede una propria relazione con un ex-tossicodipendente probabilmente causa della malattia.

Susy si aggrava progressivamente, ammalata di AIDS, sviluppa complicanze neurologiche che la rendono non autosufficiente; nonostante tutto James decide di non provvedere a un ricovero. Susy segue terapia con AZT per 3 anni. Muore per complicanze infettive e deficit neurologico grave. Il figlio viene curato con immunoglobuline e trasfusioni. James non è mai diventato sieropositivo e nemmeno la figlia.

Attraverso questa storia ricostruire le modalità di trasmissione della malattia:

- 1) nei rapporti eterosessuali
- 2) nella convivenza con soggetti malati
- 3) in gravidanza (da madre a figlio)

“... una vacanza in Brasile ...”

Giovanni, 26 anni, impiegato di banca, relazioni sentimentali e rapporti eterosessuali non sempre protetti con coetanee conosciute in discoteca. L'estate scorsa fa una vacanza di un mese in Brasile insieme ad amici; ha rapporti occasionali con diverse ragazze. Al ritorno dalle vacanze accusa febbre, perdite uretrali, dolore e bruciore alla minzione. È presente inoltre una ghiandola inguinale ingrossata e dolente; si rivolge al medico curante che gli parla del rischio di contrarre Malattie a Trasmissione Sessuale e AIDS; lo invia al centro per le Malattie a Trasmissione Sessuale più vicino: a Giovanni viene diagnosticata una gonorrea e ad un amico in vacanza con lui una sifilide. Entrambi si sottopongono a test di ricerca HIV; i test risultano negativi. Giovanni ripete il test dopo 4 mesi: esito positivo per anticorpi HIV. Il compagno di viaggio rimane negativo anche nei controlli effettuati a un anno dal viaggio.

Attraverso questa storia analizzare:

- 1) i comportamenti sessuali a rischio per Malattie a Trasmissione Sessuale
- 2) utilità dell'esistenza dei centri per le Malattie a Trasmissione Sessuale
- 3) modalità di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale

“... una casalinga ...”

Augusta, casalinga, benestante; ha 2 figli, studiano entrambi.

Il marito, Antonio, ha da sempre rapporti extraconiugali non protetti, di cui Augusta è a conoscenza. Antonio da un anno vive una relazione stabile con Sandra, estetista.

Augusta, in occasione di un controllo ospedaliero per coliche biliari, scopre di essere sieropositiva. Disperata comunica a marito e figli la notizia. I familiari tutti eseguono i test di controllo, come consigliato dai medici: i ragazzi risultano sieronegativi, Antonio sieropositivo.

Ritornata a casa dopo la dimissione Augusta si separa dal marito. Antonio comunica allora alla propria amica Sandra di essere sieropositivo; questa decide di interrompere la relazione e, effettuati i controlli a breve e medio termine, risulta sieronegativa.

Attraverso questa storia considerare:

- 1) la modalità di trasmissione della malattia
- 2) la prevenzione tra coniugi e nei rapporti extraconiugali

“... vita da siringa ...”

Antonella, 18 anni, dall'età di 15 anni eroinomane, convive con Mario, anch'esso tossicodipendente, insieme consumano e spacciano piccole quantità di droghe. I genitori di entrambi tentano il recupero senza successo. Antonella e Mario finiscono in carcere più volte per spaccio. Quando Mario è in carcere, Antonella ha rapporti sessuali con altri tossicodipendenti e condivide con loro le siringhe; viene ricoverata per epatite B e viene sottoposta a test HIV che risulta negativo. Inizia in ospedale la disintossicazione. I genitori cercano di farla entrare in comunità; i tempi sono lunghi; Antonella viene dimessa e incontra Mario. Tutto da capo. Si prostituisce lei, Mario commette qualche furto per trovare i soldi per l'eroina e sopravvivere.

Antonella trovata in fin di vita un giorno su una panchina per overdose, viene ricoverata d'urgenza. Ristabilita, inizia un programma terapeutico per disintossicarsi. Entra in comunità dove viene scoperta la sua sieropositività; riesce comunque a risolvere il problema della dipendenza da droghe.

Ripercorrere attraverso questa storia:

- 1) le tappe dell'insorgenza della malattia in rapporto alla tossicodipendenza e ai rapporti eterosessuali
- 2) relazione tra sieropositività, AIDS, ed altre malattie a trasmissione sessuale

“... l'antiquario e i suoi fine settimana ...”

Giovanni ha 50 anni, si occupa di antiquariato; sposato, ha 2 figli già grandi. Da anni ha rapporti omosessuali durante i fine settimana e in vacanza. Da 10 anni, a Pasqua, Natale e in estate si concede esperienze omosessuali non protette con altri antiquari e amici in Germania, Olanda, India.

Due anni fa i primi sintomi di AIDS. Si cura in cliniche private. I familiari ne vengono a conoscenza solo quando la malattia diventa più grave. Giovanni muore in una clinica di Losanna dopo un anno per tumore: un linfoma cerebrale. Irriconoscibile negli ultimi giorni della malattia per le gravi conseguenze della stessa. Mai aveva contratto in precedenza altre malattie a trasmissione sessuale. Moglie e figlie sono tuttora sieronegative e così gli amici (contatti).

Attraverso la storia descrivere:

- 1) quali sono i rapporti più a rischio, omo o eterosessuali e per quali motivi
- 2) rischio di infezione nell'ambiente di vita e di lavoro

6. Questionario informativo su conoscenza problemi AIDS

Età _____

Sesso M F

Rispondere SÌ o NO

1. L'AIDS è una malattia genetica
2. L'AIDS è una malattia trasmessa da un virus
3. Il sieropositivo è il malato di AIDS
4. È possibile infettarsi bevendo da un bicchiere mal lavato ed utilizzato in precedenza da un soggetto sieropositivo
5. L'AIDS si può trasmettere attraverso le punture di zanzara
6. È possibile il contagio con tosse e starnuti
7. È possibile il contagio attraverso il contatto delle mani sudate con soggetti sieropositivi
8. Chi si droga ed usa la siringa in comune con altri tossicomani rischia il contagio
9. L'uso della pillola anticoncezionale riduce enormemente il rischio di infettarsi
10. L'utilizzo del profilattico riduce enormemente il rischio di contagio
11. Chi ha un rapporto eterosessuale senza adeguata protezione con un partner sieropositivo ma non malato di AIDS rischia ugualmente il contagio
12. Chi ha un rapporto omosessuale (maschile) senza adeguata protezione con un partner sieropositivo ma non malato di AIDS rischia ugualmente il contagio
13. Una donna infetta può trasmettere l'infezione al feto durante la gravidanza
14. La normale convivenza (es. in classe) con soggetti sieropositivi è altamente pericolosa
15. L'agente dell'AIDS è altamente resistente e sopravvive vari giorni al di fuori dell'organismo umano, quindi toccando una maniglia di un gabinetto precedentemente usato da un soggetto con AIDS si rischia il contagio

AIDS: UN'ESPERIENZA DI EDUCAZIONE FRA PARI NEGLI ISTITUTI DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

G. Gasperetti

Dipartimento Salute della Donna e dell'Infanzia, Azienda USL di Imola

C. Cislaghi

Istituto di Biometria e di Statistica dell'Università degli Studi di Milano

C. Bonini

Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Bologna

1. Introduzione

Nell'ottobre 1994 è stato predisposto un progetto interistituzionale sull'AIDS che ha coinvolto 20 Istituti di Scuola Media Superiore della provincia di Bologna: il progetto, proposto da un gruppo di lavoro dei Coordinamenti per l'Educazione alla salute delle quattro Aziende USL della provincia, è stato approvato dal Provveditorato agli Studi e, in seguito, congiuntamente implementato.

L'attività è iniziata con un corso di formazione rivolto agli insegnanti degli Istituti coinvolti e agli operatori sanitari delle AUSL interessate, sugli obiettivi dell'attività e sugli aspetti metodologici e organizzativi dell'Educazione fra Pari. Successivamente, negli Istituti scolastici sono stati selezionati i Leader dei Pari, liberamente scelti dagli studenti, nel numero di 2 (generalmente un maschio e una femmina) per ogni classe coinvolta dalla sperimentazione. Lo staff operativo del piano era così costituito da 96 Leader dei Pari (studenti di età fra i 15 e i 19 anni), da 29 insegnanti referenti per l'Educazione alla salute, e da 36 operatori sanitari.

Un'ulteriore importante fase del progetto è stata una giornata di formazione per i Leader dei Pari, in cui studenti, insegnanti e operatori sanitari, congiuntamente, hanno definito metodologia, obiettivi, disegno del sistema di valutazione e materiali per l'attività secondo i criteri sotto elencati.

La metodologia si è ispirata al modello *PRECEDE-PROCEED* proposto da L.W. Green. Come obiettivi sono stati individuati alcuni "determinanti" dei comportamenti a rischio, classificandoli in fattori predisponenti, rinforzanti e facilitanti e fra essi si è sottolineata l'importanza del lavoro da compiere su atteggiamenti e credenze.

Per analizzare i bisogni educativi degli studenti delle Scuole Medie Superiori della provincia di Bologna in materia di prevenzione dell'AIDS, per valutare l'efficacia dell'intervento di educazione fra pari, per individuare i settori in cui approfondire la riflessione e per mettere in atto azioni finalizzate al miglioramento di tale tecnica, è stato progettato un sistema di valutazione abbastanza complesso, ma necessario, dato il carattere sperimentale e gli elementi di innovazione del progetto. Era stata prevista

la stesura di un questionario da somministrare in ingresso ed in uscita sia al gruppo degli studenti coinvolto nell'esperienza dell'educazione fra pari, che ad un gruppo di controllo sufficientemente ampio e con caratteristiche simili al gruppo di intervento.

Nel corso della prima giornata di formazione durante il lavoro di gruppo, i tecnici del progetto hanno sottoposto questa prima stesura, basata sulle risultanze della loro esperienza e sui dati della letteratura sull'argomento, al giudizio degli studenti, scelti dai loro compagni per l'educazione fra pari. Agli studenti è stato chiesto, oltre al giudizio di merito, anche di riformulare le domande del questionario con un linguaggio più vicino a quello usualmente adoperato da loro. Ne sono scaturiti due questionari distinti che differivano, più nella forma che nella sostanza, nelle versioni per alcune domande della sezione dedicata agli atteggiamenti, alle opinioni e ai valori.

Si è proposto di somministrare, sia per il gruppo di intervento che per quello di controllo, ad una metà degli studenti una prima versione e agli altri una seconda; i questionari sarebbero stati invertiti nella somministrazione di uscita.

Tale schema è stato discusso in una riunione con gli insegnanti referenti dell'educazione alla salute coinvolti nel progetto; in tale occasione sono anche state rivolte alcune critiche sia ai contenuti delle domande che alla loro forma, ritenuta da alcuni un po' troppo libera e poco rispettosa della sensibilità degli studenti. Al fine di pervenire alla stesura definitiva che tenesse conto anche di tali obiezioni senza stravolgere la sostanza delle domande, e alla luce delle esigenze tecniche previste per il sistema di valutazione, si è attivata la Commissione provinciale per l'Educazione sanitaria del Provveditorato agli Studi di Bologna. Si è giunti quindi alla stesura definitiva, rispettando anche il lavoro svolto dai ragazzi, che nel proporre la loro formulazione, avevano suggerito varie versioni delle domande, scegliendo quelle che sembravano rispondere a criteri maggiormente condivisi.

La stesura definitiva è stata proposta con un certo ritardo, per cui in alcuni Istituti, non tempestivamente avvisati della procedura avviata, è stata somministrata la prima versione del questionario: per questa ragione nell'esperienza sono stati utilizzati quattro tipi di questionari, che hanno creato non pochi problemi per la valutazione dell'intervento.

Alla progettazione del sistema di valutazione e alla elaborazione dei questionari hanno dato un particolare contributo, oltre al gruppo di progetto degli CSES delle AUSL della provincia, gli operatori del Dipartimento Salute della Donna e dell'Infanzia di Imola, con la supervisione del Prof. Cislighi dell'Istituto di Biometria e Statistica Medica dell'Università di Milano.

A livello locale, su richiesta dei Leader dei Pari, si sono tenute alcune ore di ulteriore formazione per affrontare problemi relativi alla comunicazione e alla gestione dei gruppi; inoltre sono stati promossi incontri per completare e monitorare

L'autoformazione e la formazione di gruppo con il risultato di incrementare notevolmente i livelli di responsabilizzazione degli studenti. In ciascuna scuola sono stati somministrati i questionari di ingresso, compilati in forma anonima in classe e poi raccolti dai Leader dei Pari.

Nell'aprile/maggio 1995 si è svolta quindi l'educazione fra pari sull'AIDS condotta dai Leader dei Pari - dove possibile da un maschio e da una femmina - con generale soddisfazione degli studenti dei 20 Istituti della provincia. Dopo 1-2 mesi sono stati somministrati e raccolti i questionari di uscita, sia per gli studenti dell'Educazione fra Pari che per quelli dei gruppi di controllo, così come era avvenuto per i questionari di ingresso. I risultati sono stati valutati nel corso di un seminario generale svoltosi a Bologna all'inizio dell'anno scolastico successivo con la partecipazione dei Leader dei Pari, degli insegnanti referenti e degli operatori sanitari coinvolti nella sperimentazione.

Dopo questa attività sperimentale si è iniziata negli stessi Istituti una attività formativa ed educativa a cascata attraverso un meccanismo formativo a catena, svolto dagli stessi studenti: l'intervento continua tuttora con nuovi Leader, anch'essi scelti dai loro compagni e formati dai vecchi Leader che li affiancano per tutto un anno di *training*, assistiti nel processo dagli insegnanti referenti e dagli operatori delle Aziende USL della provincia.

Un'altra importante tappa del piano formativo è consistita in una Analisi Partecipata del Processo (APP) che si è sviluppata sulle varie realtà attraverso percorsi differenti:

- in alcuni Istituti, alcuni studenti insieme ai Leader dei Pari hanno provveduto all'immissione dei dati dei questionari utilizzando il pacchetto EPI INFO (il software realizzato dai CDC di Atlanta e dall'OMS per l'AIDS, che è stato tradotto in italiano dalla Regione Emilia Romagna e del quale è stata predisposta una versione speciale per l'Educazione tra Pari);
- in altre scuole gli studenti sono stati coinvolti nell'elaborazione e nell'analisi dei dati.

In ogni Istituto studenti, insegnanti e operatori insieme hanno discusso ed interpretato i dati proponendo e sviluppando o cambiando strategie e messa a punto degli obiettivi per l'attività ulteriore. Ad esempio, in alcune realtà sono stati discussi gli errori sistematici nella percezione del rischio, e in altre si è cercato di costruire percorsi di senso attraverso gli spostamenti degli atteggiamenti.

I dati riportati provengono da 2.181 questionari autocompilati da studenti di 20 Istituti di Scuola Media Superiore della provincia di Bologna nel corso di un intervento di Educazione fra Pari condotto da 96 loro compagni di Istituto nella primavera del 1995.

2. Note per l'interpretazione dei grafici

Tutti i grafici sono organizzati per mettere a confronto le risposte dei questionari date dagli studenti che hanno partecipato all'esperienza dell'Educazione fra Pari (Casi), con quelle degli studenti che non vi hanno partecipato (Controlli) e in funzione del fatto che gli stessi siano stati somministrati in tempi precedenti (Prima) o successivi (Dopo) allo svolgimento dell'Educazione fra Pari. Pertanto compariranno sempre quattro tipi di didascalia con il seguente significato:

- caso prima - per le risposte date dagli studenti prima della loro partecipazione all'educazione fra pari;
- caso dopo - per le risposte date dagli studenti dopo la loro partecipazione all'educazione fra pari;
- controllo prima - per le risposte date dagli studenti che non hanno partecipato all'esperienza, ai questionari somministrati prima che i compagni di classi dello stesso grado, e quasi sempre dello stesso Istituto, iniziassero l'attività di educazione fra pari;
- controllo dopo - per le risposte date dagli studenti che non hanno partecipato all'esperienza, ai questionari somministrati dopo che i compagni delle classi dello stesso grado, e quasi sempre dello stesso istituto, avevano terminato l'attività di educazione fra pari.

3. Percezione del rischio

Dai grafici si può facilmente notare come la percezione del rischio di contrarre l'AIDS è, se così si può dire, inversamente proporzionale alla distanza "affettiva" fra il soggetto che risponde e l'oggetto della risposta:

- minimo è il rischio immaginato per se stessi,
- massimo è il rischio immaginato invece per l'intera società.

Figura 1.



Figura 2.

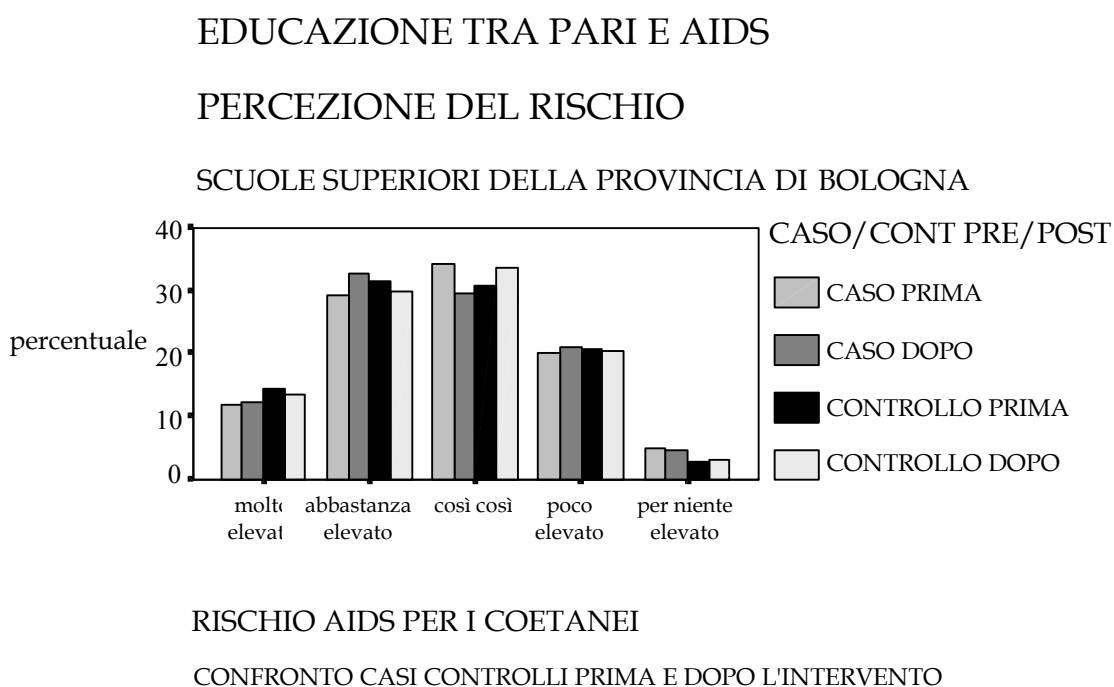


Figura 3.

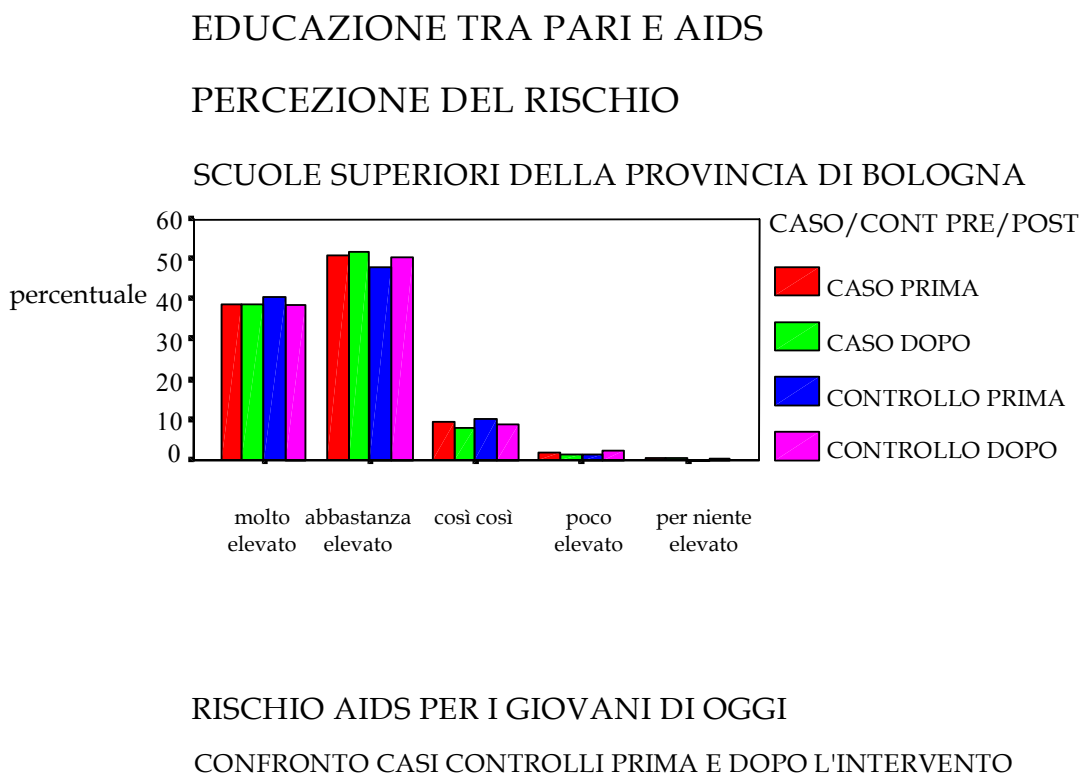
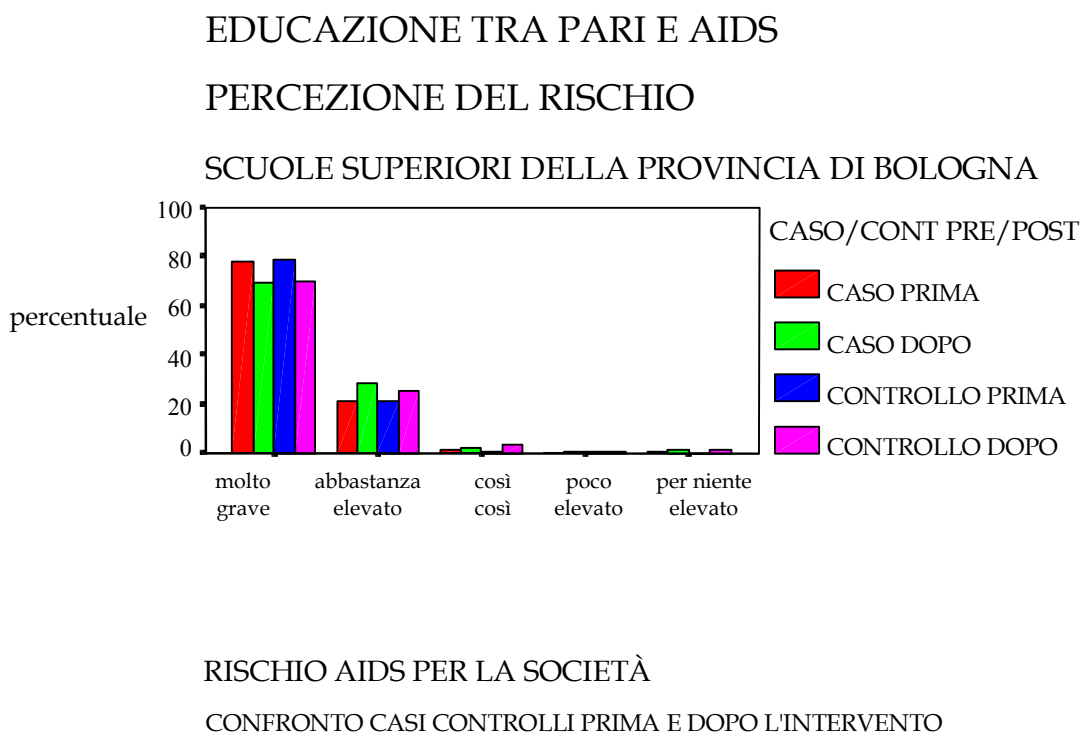


Figura 4.



4. Conoscenze

I risultati delle risposte dimostrano che in genere nei giovani sono alte le conoscenze sui principali comportamenti a rischio (quasi tutte le risposte corrette si avvicinano al 100%); risulta pertanto impossibile vedere differenze fra i vari gruppi.

Non è così invece, ad esempio, per le conoscenze sulla possibile trasmissione dell'AIDS da parte di zanzare, mosche o altri insetti: in questo caso le differenze sono risultate significative, in termini di aumento di conoscenze nel caso dei giovani che hanno svolto l'Educazione fra Pari.

Figura 5.

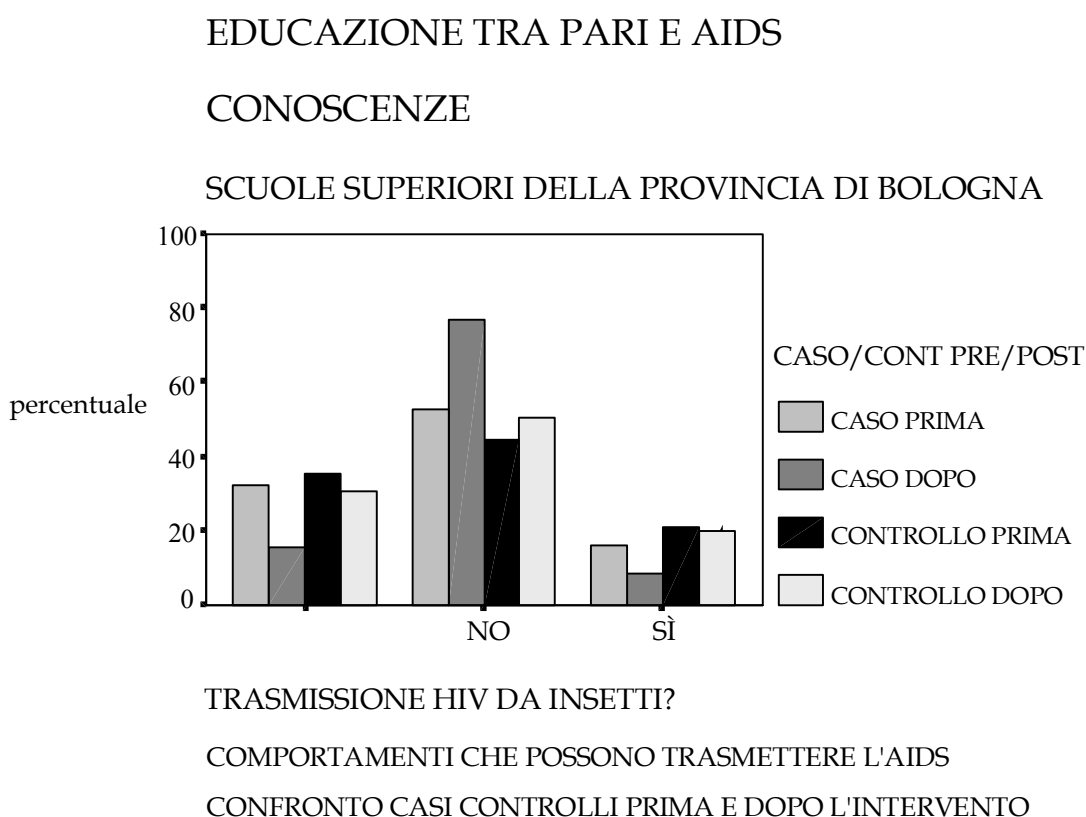


Figura 6.

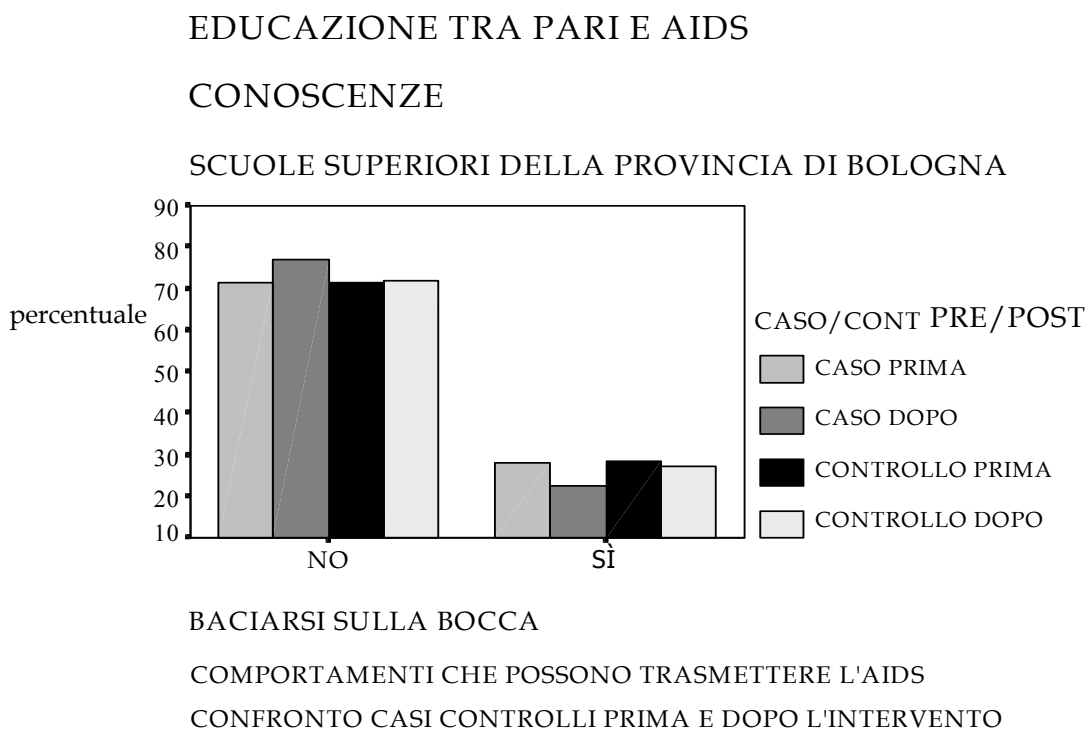
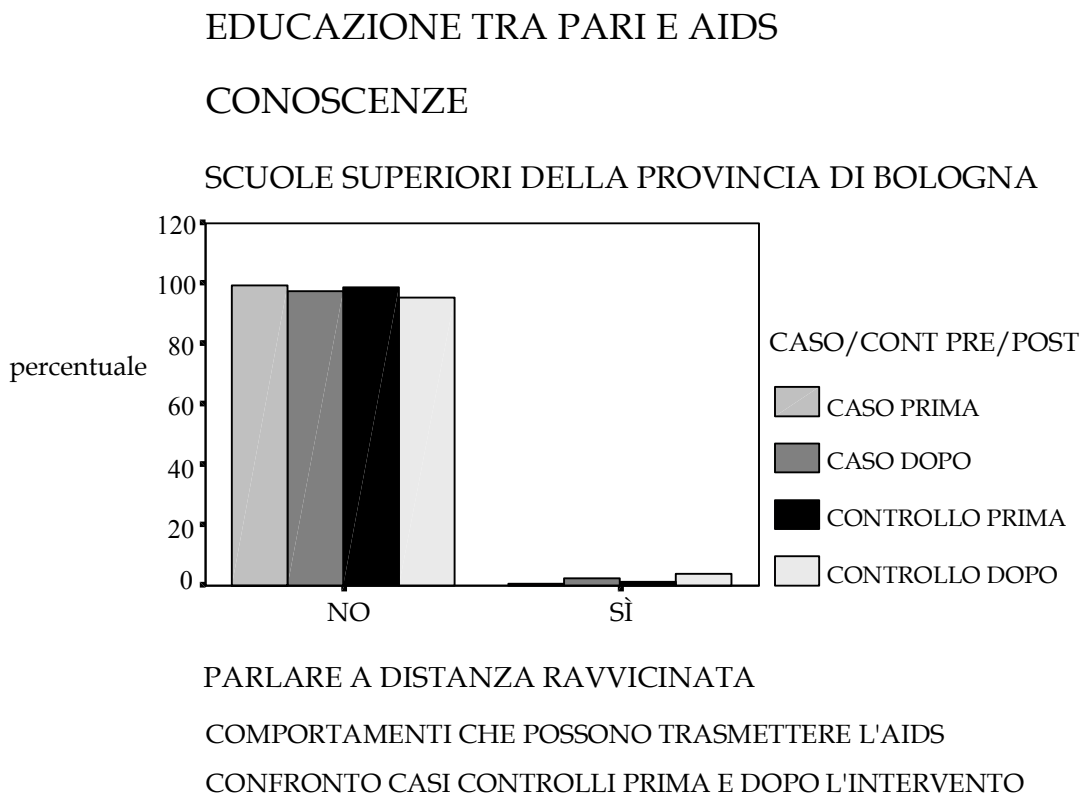


Figura 7.



5. Atteggiamenti e opinioni

I dati riportati fanno intravedere quanto sia interessante l'esperienza effettuata: in genere dalla letteratura si apprende come sia difficile riuscire a far cambiare atteggiamenti e opinioni con gli interventi di educazione alla salute per l'AIDS, e atteggiamenti e opinioni sono fra i determinanti più importanti per il cambiamento dei comportamenti a rischio.

Nei grafici si può infatti notare che, accanto a molte risposte che evidenziano valori simili fra Casi e Controlli prima e dopo l'intervento, ve ne sono alcune in cui i cambiamenti in senso favorevole vi sono stati solo nel gruppo che ha effettuato l'esperienza: è il caso, ad esempio, dell'atteggiamento sull'imbarazzo all'acquisto del preservativo che cambia significativamente solo nel caso dei giovani dell'educazione fra pari.

Si può infine sottolineare la grande utilità della valutazione svolta attraverso i questionari, perché i dati riportati permettono di individuare con precisione i temi da affrontare in ulteriori momenti di educazione alla salute.

Figura 8.

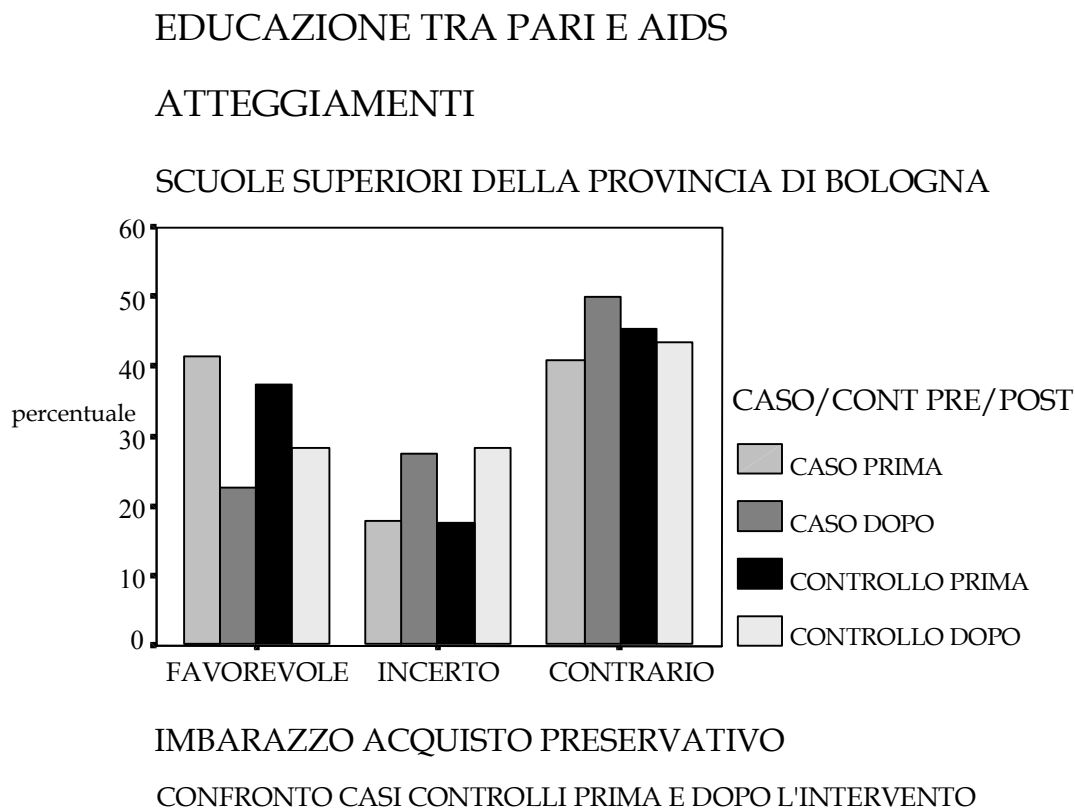


Figura 9.

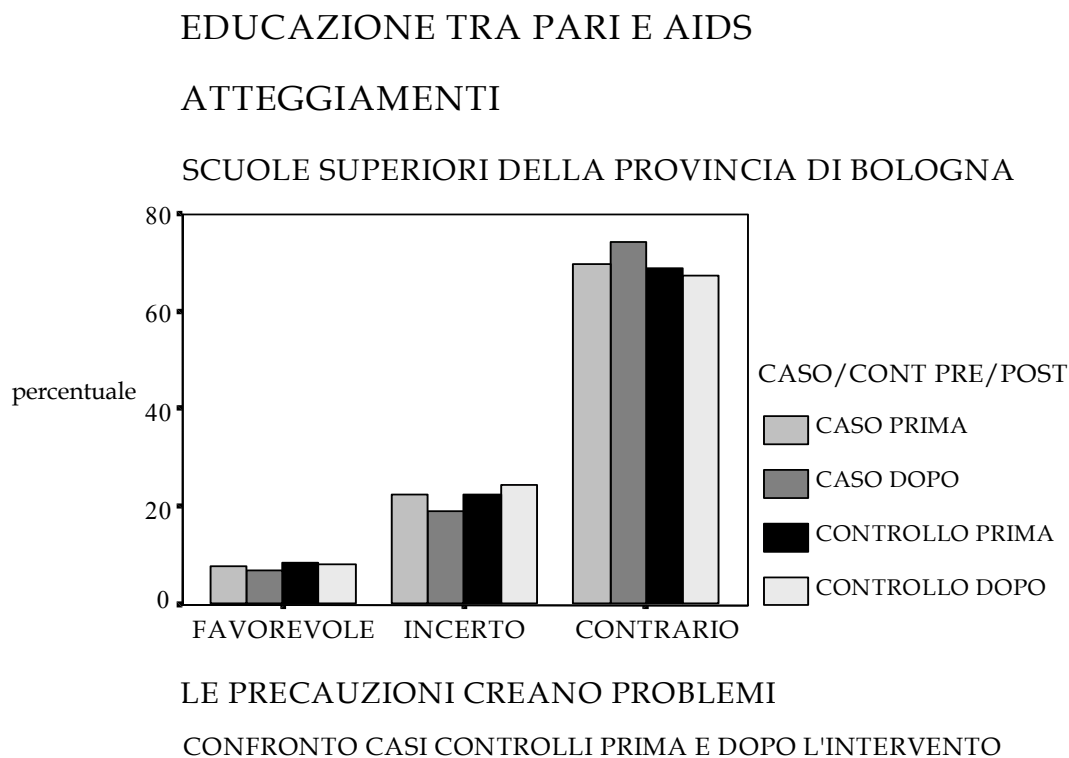
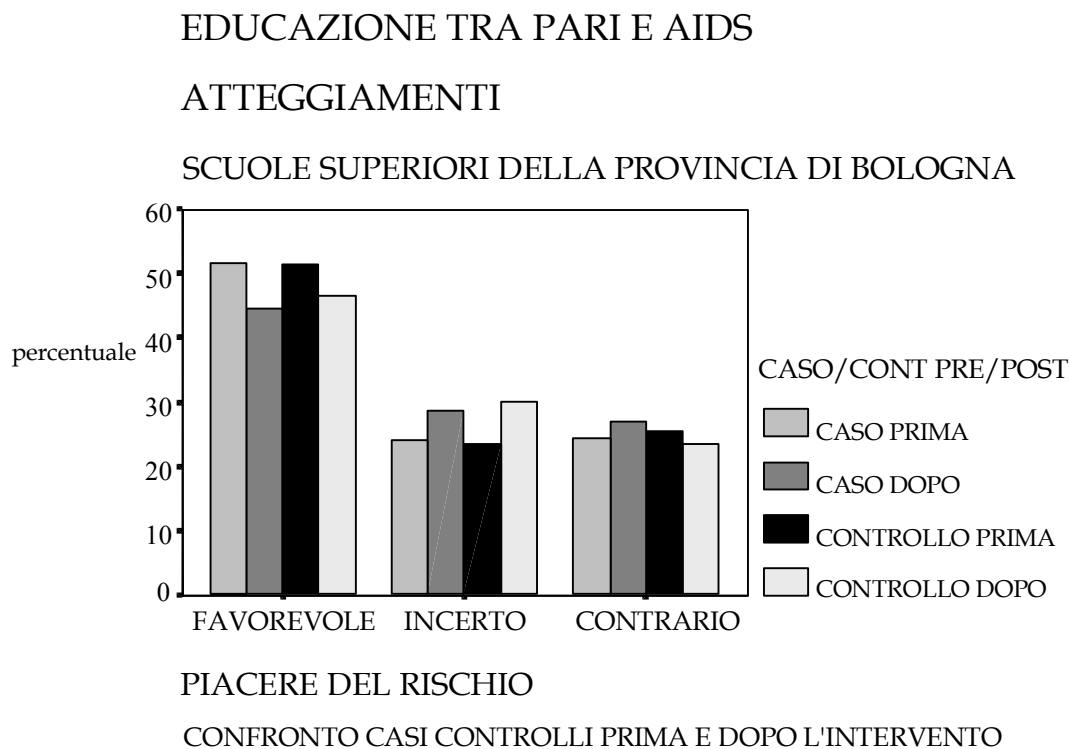


Figura 10.



6. Note per l'interpretazione delle tavole sugli aggettivi

I questionari analizzati in questo secondo rapporto di lavoro costituiscono un sottoinsieme di tutti i questionari, selezionato in modo tale che sono state escluse quelle classi in cui il numero dei "casi" e dei "controlli", prima e dopo l'intervento di Educazione fra Pari, non era sufficientemente equilibrato.

Nei questionari gli studenti potevano rispondere con 1 o 2 aggettivi nei confronti di un termine predefinito; gli aggettivi, così formulati dagli studenti, sono stati codificati e raggruppati in 2 sole categorie secondo i seguenti criteri:

- per gli aggettivi sul rischio nella 1^a categoria sono state raggruppate le risposte in cui gli aggettivi non avevano mai un significato favorevole al rischio e indicati dalla didascalia "mai per il rischio";
- nella 2^a categoria sono state raggruppate le risposte il cui il primo o il secondo o entrambi gli aggettivi avevano un significato favorevole al rischio ed indicati con la didascalia "1 o 2 per il rischio", oppure, per esigenze di formato, "1 o 2 x il rischio";
- per gli aggettivi sugli altri termini nella prima categoria sono state raggruppate le risposte, in cui gli aggettivi mai avevano un significato contrario o negativo nei confronti del termine di riferimento e indicati con la didascalia "mai contro ...", oppure, per esigenze di formato, "mai vs ...", ad esempio, "mai contro la scuola" o "mai vs scuola"; nella seconda categoria sono state raggruppate le risposte in cui uno o l'altro o entrambi gli aggettivi, avevano un significato contrario o negativo nei confronti dei termini stessi e indicati con la didascalia "1 o 2 contro ...", oppure, per esigenze di formato, "1 o 2 vs ...", ad esempio "1 o 2 contro la scuola" o "1 o 2 vs la scuola".

Tutti i grafici sono del tipo a "barre raggruppate", in cui il raggruppamento è dato dai diversi valori di una delle due variabili rappresentate e precisamente da quella rappresentata sull'asse orizzontale.

Le parole stimolo a cui associare gli aggettivi qualificativi sono state scelte appositamente all'interno sia dell'area relazionale degli adolescenti (genitori, compagni, scuola, partner, insegnante), sia di quella valoriale attinente in particolare alla sessualità (rischiare, verginità, astinenza, sesso, preservativo).

Su quest'ultima area, in particolare, tutte le ricerche svolte sull'AIDS hanno evidenziato come, tra la popolazione adolescenziale, una fascia compresa tra il 12 e il 15% circa propende verso sperimentazioni sessuali prive di qualsiasi precauzione, negando o spostando sugli altri (sia coetanei che adulti) il pericolo che, peraltro, coglie in modo particolare questa fascia d'età.

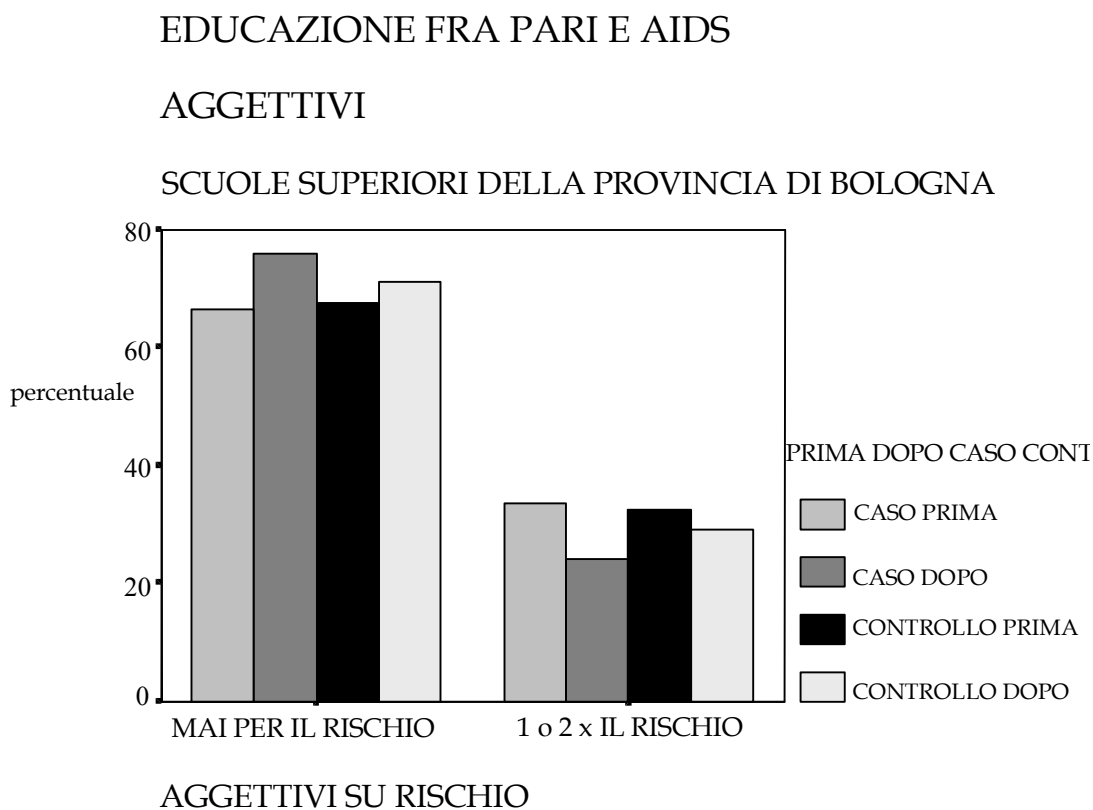
Anche dell'altro 85%, più disponibile ad attrezzarsi contro la malattia, si sa ancora poco perché le ricerche generalmente evidenziano gli atteggiamenti dei giovani nei

confronti dell'AIDS e non i reali comportamenti che verranno attivati al momento dell'incontro con la sessualità attiva.

Attraverso l'utilizzo delle parole stimolo si è ipotizzato di poter approfondire i sentimenti e/o le emozioni che i giovani sperimentano in generale rispetto alle aree più sopra definite e in particolare di approfondire le reazioni emotive della fascia definibile "a rischio".

Tra i nostri intervistati dobbiamo evidenziare che in relazione al termine "rischio" più del 30% ha associato aggettivi che lo qualificano positivamente, alzando in modo notevole i dati finora ricavati da altre ricerche. Anche dopo l'intervento di educazione fra pari, che peraltro riduce i favorevoli al rischio al 22%, ricaviamo l'impressione che i nostri studenti siano attratti da situazioni rischiose in modo particolare. (Figura 11)

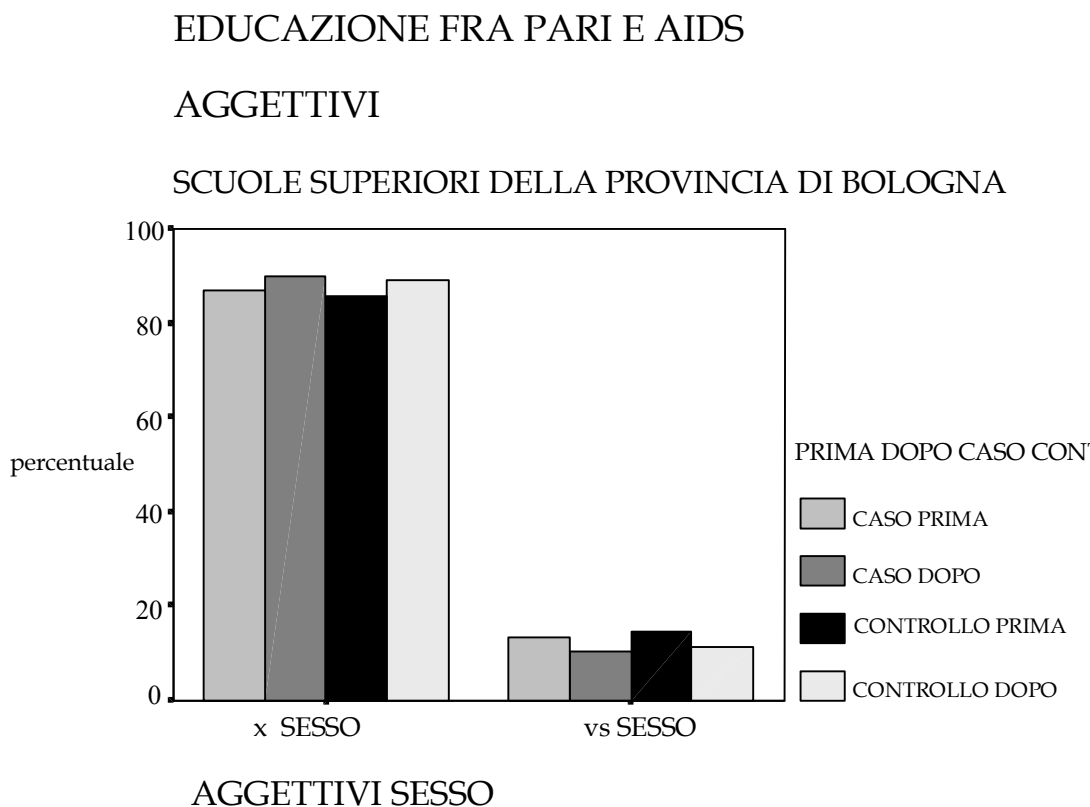
Figura 11.



Non meraviglia quindi che sia sempre un 30% (che diminuisce al 28% dopo l'intervento) che associa al preservativo aggettivi negativi, evidenziando ancora una volta come, in tema di AIDS, alcuni svalorizzano le precauzioni e si affidano forse al caso, al destino, ecc. Appare evidente la tendenza ad affidarsi ad altro fuori da sé piuttosto che far ricorso a risorse personali per combattere la malattia.

Alla parola "sesso" la maggior parte degli studenti associa pensieri positivi: l'emergere di pulsioni sessuali e la possibilità concreta di confrontarsi con un/una partner facilita attribuzioni positive a questo sostantivo. Solo un 10% di ragazzi associa aggettivi negativi e ciò può essere riferibile in parte ai timori e alle paure che il termine può evocare, in parte alle differenze evolutive che possono aver trovato alcuni adolescenti ancora "distanti" dall'argomento. (Figura 12)

Figura 12.



Tra i termini indicati nel questionario, due in particolare possono essere considerati più densi di valori degli altri: ci riferiamo in specifico alla verginità e all'astinenza. Sia l'uno che l'altro, nella comune rappresentazione mentale, vengono spesso associati ai valori tradizionali tramandati dalla Chiesa. Per quanto riguarda la verginità si può dire qualcosa di più: indipendentemente dai valori cattolici, essa rappresenta ancora oggi per molte donne un attributo di grande importanza, un dono da conservare per il partner giusto che saprà apprezzarlo, un simbolo di purezza. (Figura 13 - 14)

Figura 13.

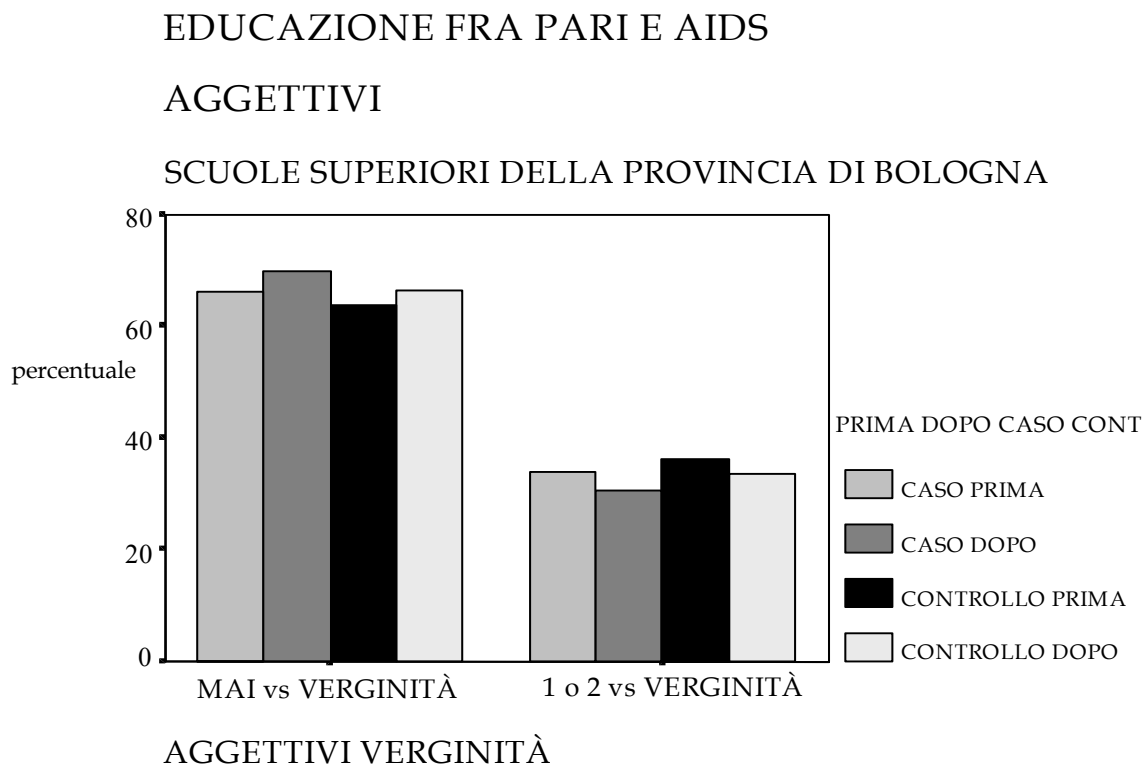
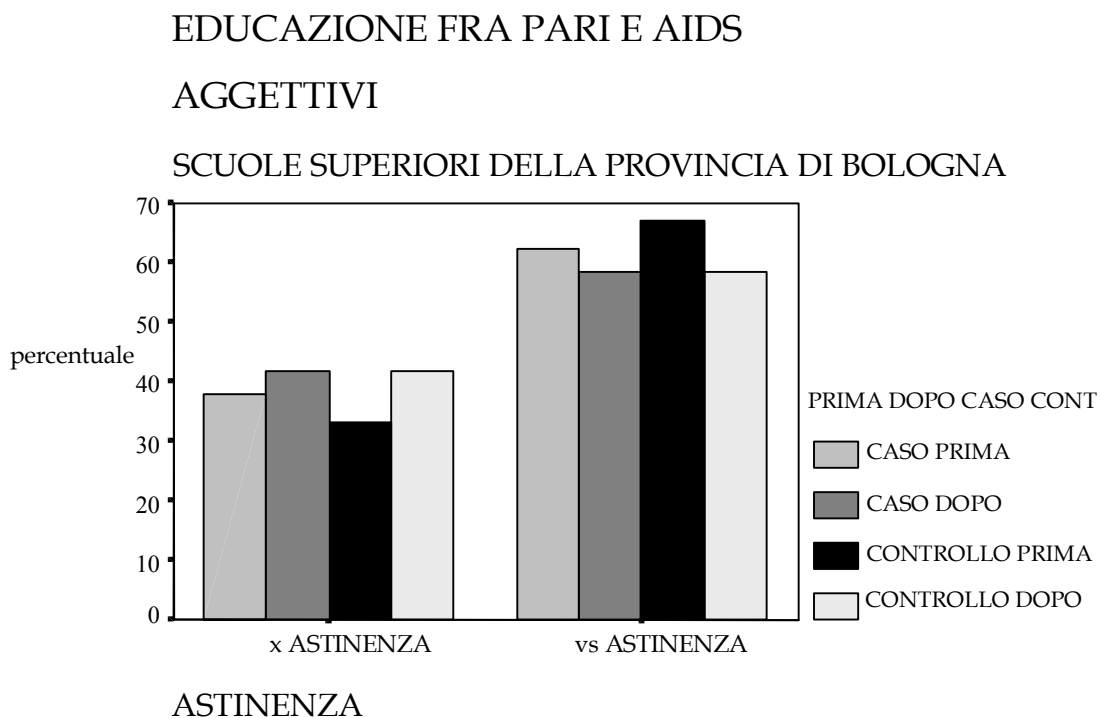


Figura 14.



Dobbiamo costatare che prima dell'intervento di Educazione tra Pari, i giovani favorevoli alla verginità erano rappresentati da 68% e che dopo l'incontro con i coetanei raggiungono il 70%, peraltro con livelli simili nel gruppo di controllo. Nonostante il dato sia apprezzabile, l'età adolescenziale offre, sull'argomento contraddizioni che non possiamo evitare di rilevare: l'esordio sessuale, almeno per le ragazze, avviene sempre all'insegna del "grande amore"; l'illusione del partner giusto per la vita può scontrarsi, a volte anche nel breve tempo, con delusioni o abbandoni che possono trasformare il ricordo del primo atto sessuale in evento sgradevole o di cui pentirsi.

Per quanto riguarda l'astinenza, i dati appaiono quasi speculari a quelli relativi alla verginità: il 62% dei nostri intervistati si definiscono contrari a questa modalità e, dopo l'Educazione tra Pari, scendono al 60%.

L'astenersi dai rapporti sessuali è vissuto da molti di questi adolescenti come un mancato riconoscimento della propria maturazione biologica; in questo senso la preservazione della verginità acquista il significato di una vera e propria scelta che le persone effettuano all'interno della possibilità concreta di cimentarsi con l'atto.

L'area dei rapporti relazionali (genitori, compagni, partner, scuola, insegnanti) nel periodo adolescenziale è molto importante sia per il processo di separazione-individuazione che l'adolescente va attuando dalle figure parentali sia per la costruzione della propria identità che appare via via frutto dell'integrazione tra parti contrastanti interne al sé e rimandi provenienti dal mondo esterno attraverso valutazioni cognitive, emotive e comportamentali, ovviamente non sempre omogenee tra loro. (Figure 15 -17)

Figura 15.

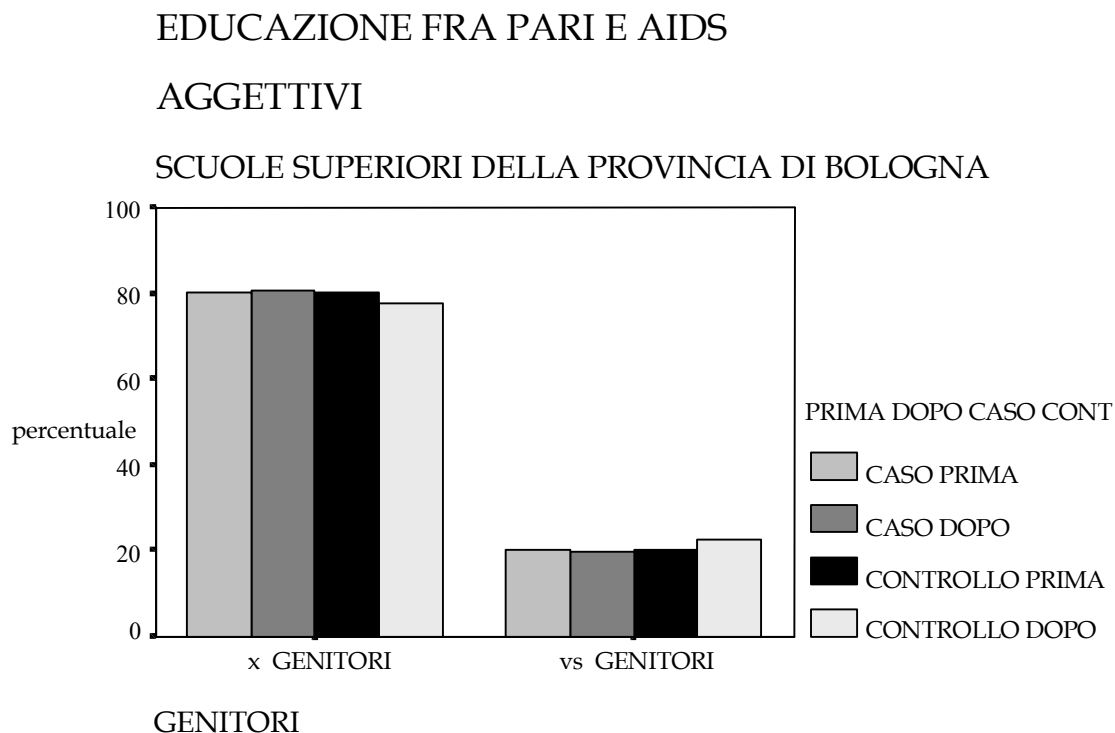


Figura 16.

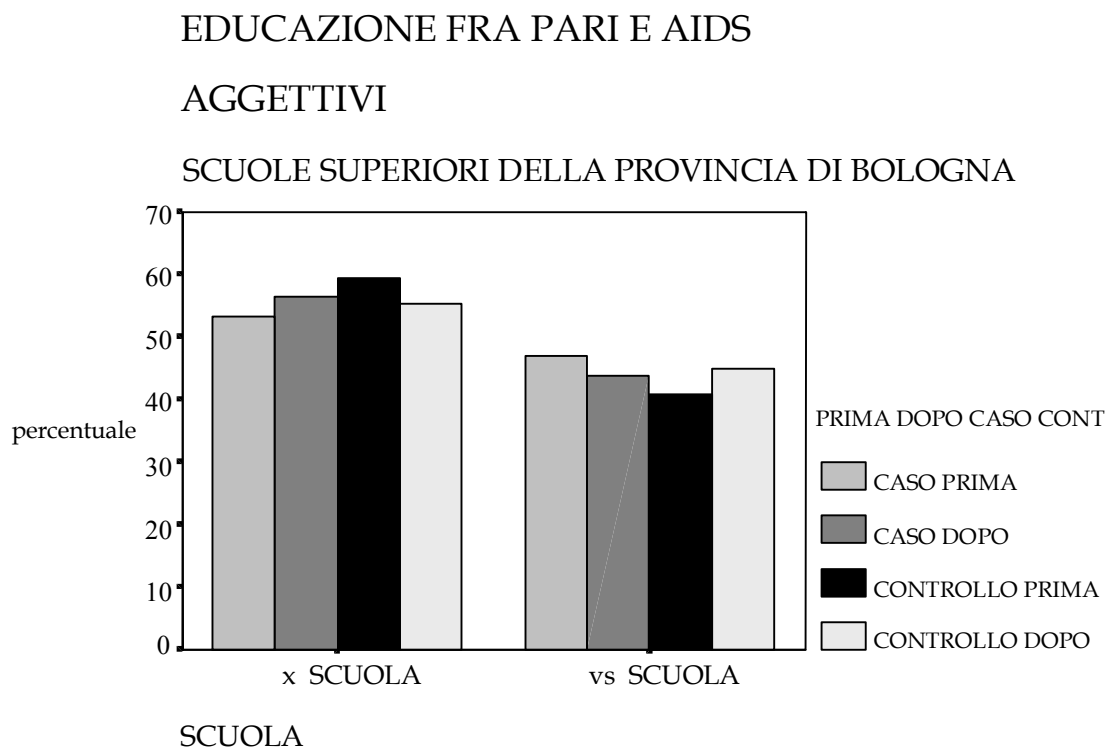
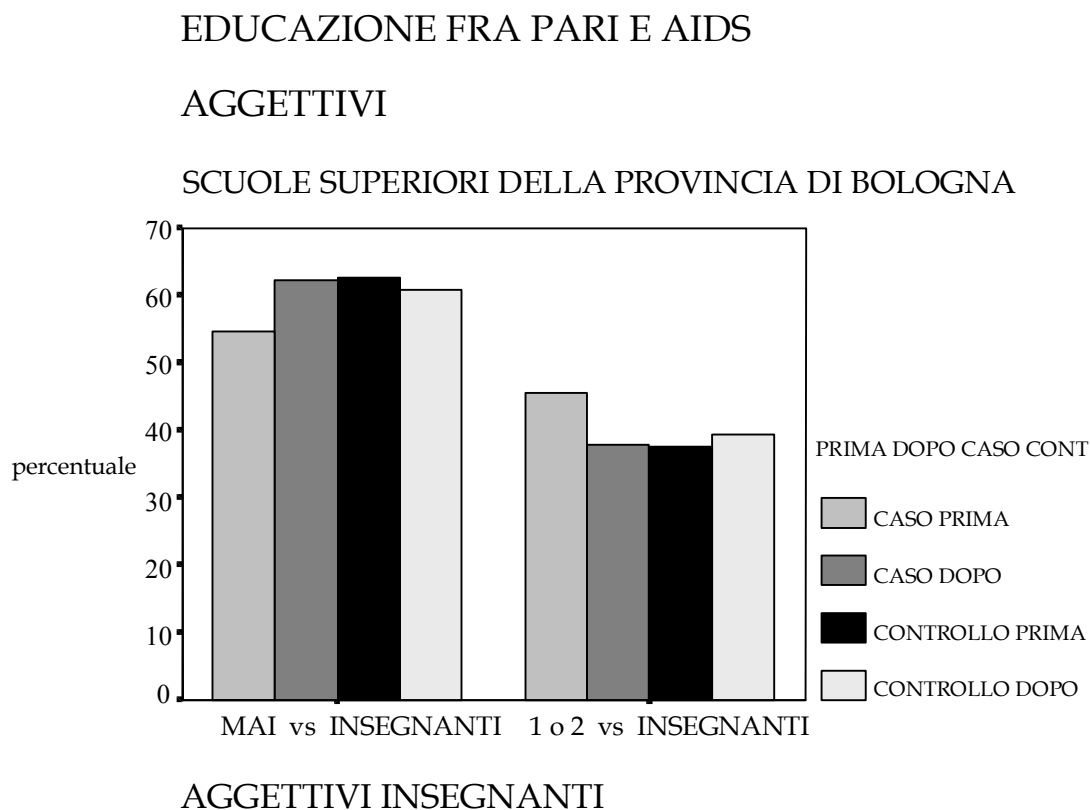


Figura 17.



Vediamo attraverso alcuni esempi in quale percentuale questi studenti hanno associato aggettivi positivi o negativi nei riguardi dell'istituzione scolastica. Circa il 53% si muove a favore e, di contro, il 47% a sfavore. È importante anche in questo caso rilevare che dopo l'intervento pur breve di Educazione tra Pari si avverte un leggero aumento dei soggetti positivamente orientati verso la scuola.

Per spiegare questi dati che mostrano la nostra popolazione adolescenziale quasi spaccata in due, è sufficiente ricordare come il mondo delle istituzioni sia percepito, in questo periodo evolutivo, in modo "superegoico", vale a dire dominato dai valori degli adulti. Nonostante ogni adolescente tenda ad entrare nel mondo dei grandi, è pur vero che ne constata molto spesso l'incoerenza, l'ambiguità e la problematicità. Le istituzioni rappresentate dagli adulti e in particolare dalla scuola, che li giudica, almeno attraverso il rendimento, può acquistare un significato persecutorio che gli adolescenti tendono ad allontanare da sé svalorizzandolo. Lo stesso si può dire per gli aggettivi che riguardano i docenti. Le percentuali si aggirano tra il 55% a favore ed il 45% contro. Rilevante è risultato l'incontro formativo con i coetanei, che sposta il gruppo a favore dei docenti fino a raggiungere il 60%: un ulteriore segnale di quanto rilevante possa risultare questa modalità interattiva tra studenti.

Se la letteratura ha sottolineato come i genitori siano le prime figure adulte ad essere messe in discussione (proprio per il bisogno di acquisire una propria identità e per la sicurezza che comunque il rapporto non si interrompe), i risultati emersi dai nostri intervistati ci mostrano un 80% di adolescenti positivamente integrati nell'ambito familiare. Soltanto un 20% della popolazione da noi contattata associa alla parola stimolo emozioni e sentimenti negativi.

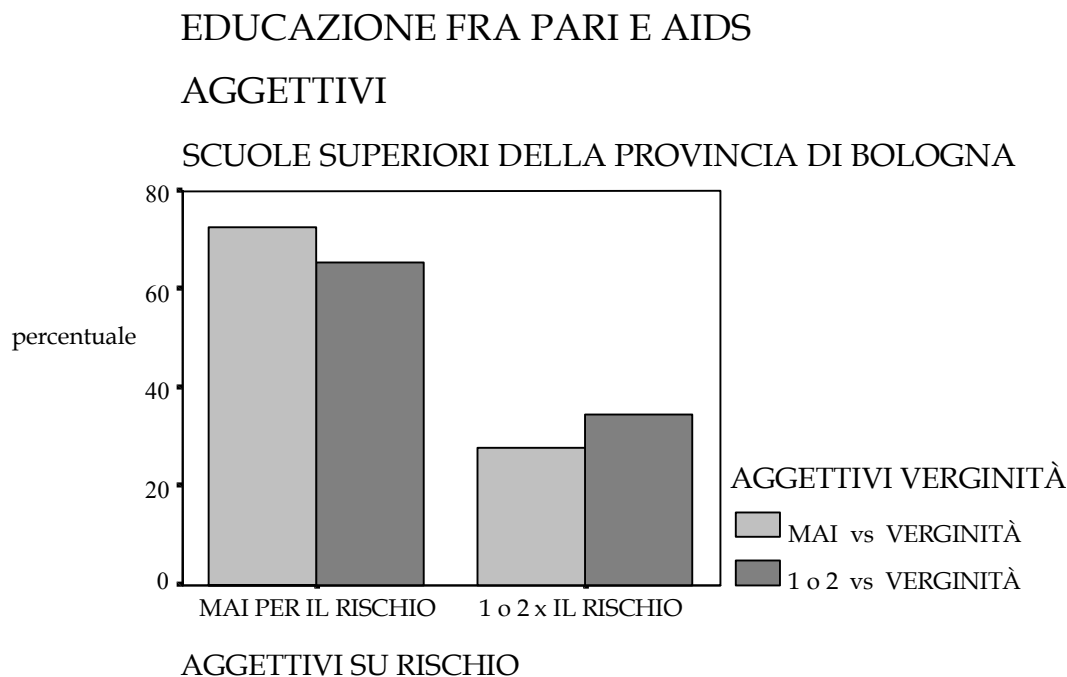
La relazione genitori-figli adolescenti sembra orientata verso l'accoglimento dei cambiamenti in atto e la negoziazione delle eventuali richieste espresse dai giovanissimi.

Una riflessione a parte meritano i dati "intrecciati" che hanno favorito un'esplorazione più approfondita dei risultati ottenuti. Si è proceduto infatti sia ad effettuare incroci all'interno della stessa area (per esempio: la propensione verso il rischio con l'uso del condom ecc.), sia tra le singole voci di un'area con quelle dell'altra (per esempio: gli aggettivi espressi dagli studenti sulla scuola confrontati con quelli relativi all'astinenza, al sesso, alla verginità, al condom e così via).

Vediamo innanzitutto, per fare qualche esempio, che tra gli studenti contrari al rischio il 70% è favorevole all'uso del preservativo ed il 62% invece è contrario. Si evidenzia quindi ancora una forte ambivalenza rispetto all'uso di precauzioni che potrebbe mettere al sicuro le giovani generazioni. Abbiamo una scarsa informazione su questo 62% che potrebbe, come già detto, sentirsi distante dall'approccio sessuale. Un dato che lascia spazio a questa ipotesi ci viene dall'incrocio sempre tra studenti contrari a situazioni rischiose con gli aggettivi evocati dalla parola sesso. Circa il 60% di quelli contrari a sperimentazioni rischiose si pronuncia contro il sesso: un dato molto alto se pensiamo al bisogno di questa età del confronto con un partner o una partner di incontrarsi con la sessualità attiva. (Figura 17)

Sempre all'interno del gruppo che si discosta dalla propensione verso il rischio, vediamo che oltre il 70% è a favore della verginità, ma che il 65% esprime atteggiamenti contrari a questo valore. (Figura 18)

Figura 18.



Anche tra quelli che sono favorevoli all'uso del profilattico, troviamo quasi l'80% che si esprime a favore della verginità contro circa il 70% che si definisce contrario.

È possibile evidenziare come non si possa parlare di una sola adolescenza; i dati emersi dalla nostra ricerca ci permettono di sottolineare la presenza di più modalità adolescenziali di incontro con la realtà. L'incrocio con dati appartenenti all'altra area (quella relazionale) conferma questa ipotesi. Ne diamo qualche esempio.

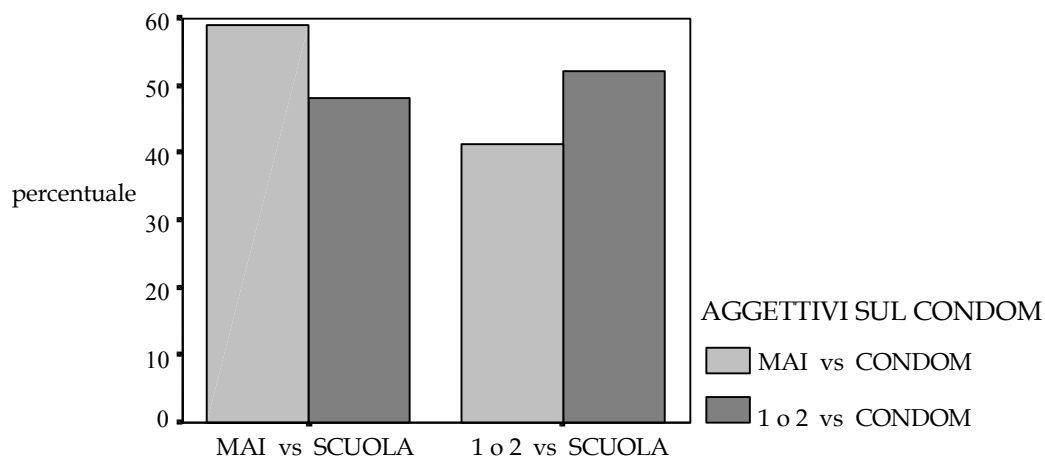
Tra coloro che sono favorevoli all'istituzione scolastica quasi il 60% è favorevole all'uso del condom, ma il 48% si manifesta contrario e, sempre tra i favorevoli alla scuola, il 60% è positivamente orientato verso la verginità mentre il 45% è di segno opposto. Se prendiamo gli aggettivi positivi espressi nei confronti dei docenti vediamo che tra questi studenti il 62% è favorevole al preservativo e il 50% contrario; il 60% è contro il rischio ma il 58% è a favore di situazioni rischiose ecc.

Molto interessanti si evidenziano i dati incrociati tra le categorie indicate ma espresse dagli studenti con aggettivi negativi. Per esempio tra i giovani che si sono espressi contro la scuola, il 50% è anche contro l'astinenza, il 52% contro il sesso, il 55% contro la verginità e il 53% contro il preservativo.

EDUCAZIONE FRA PARI E AIDS

AGGETTIVI

SCUOLE SUPERIORI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

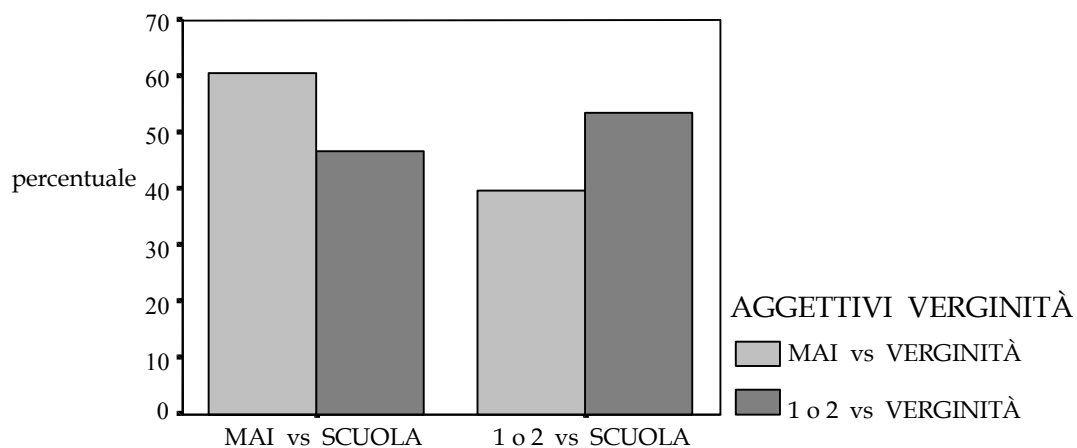


AGGETTIVI SU SCUOLA

EDUCAZIONE FRA PARI E AIDS

AGGETTIVI

SCUOLE SUPERIORI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA



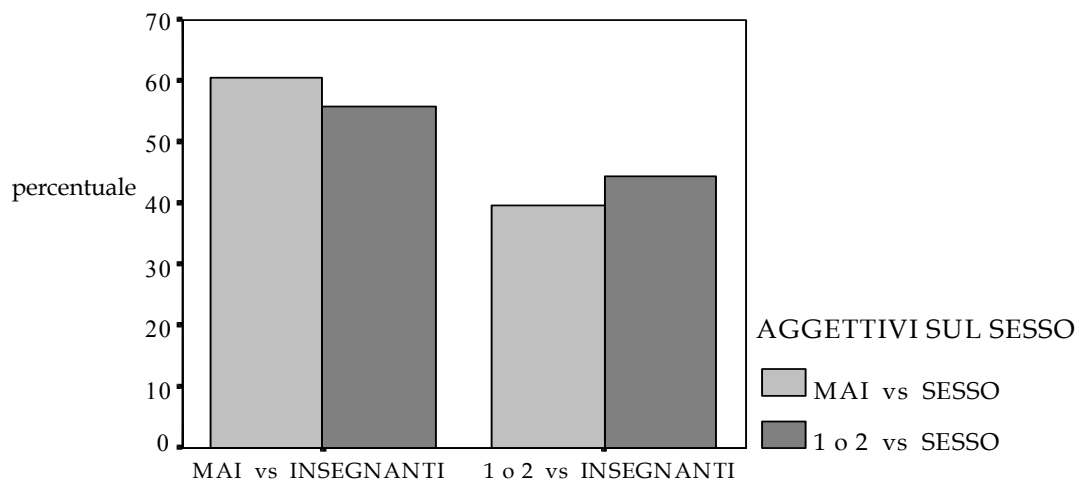
AGGETTIVI SU SCUOLA

Proseguendo lungo questa articolazione, incontriamo tra gli studenti che associano alla parola stimolo "docenti" sentimenti negativi, il 50% che cita l'astinenza, la verginità e il condom in termini negativi e il 45% è contro situazioni rischiose.

EDUCAZIONE FRA PARI E AIDS

AGGETTIVI

SCUOLE SUPERIORI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

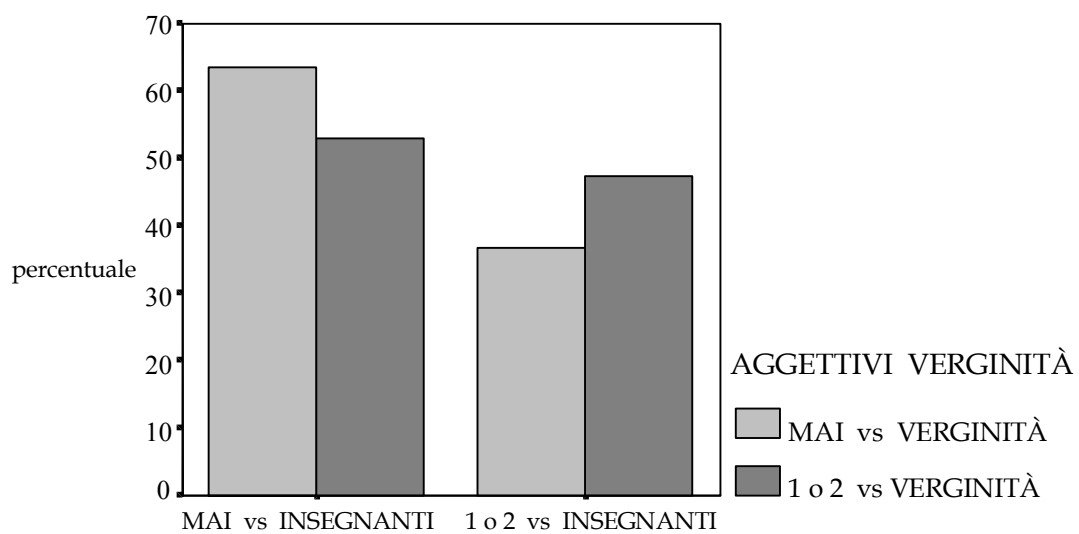


AGGETTIVI INSEGNANTI

EDUCAZIONE FRA PARI E AIDS

AGGETTIVI

SCUOLE SUPERIORI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA



AGGETTIVI INSEGNANTI

Se poi verificiamo l'incrocio tra aggettivi negativi sugli insegnanti e sulla scuola constatiamo che quasi il 60% di questi ragazzi si esprime contro l'istituzione scolastica. Seppure con dati più contenuti, anche chi si esprime in modo negativo nei riguardi dei genitori manifesta atteggiamenti negativi sul preservativo (22%), sull'astinenza (22%), sul sesso (20%). All'interno della stessa area si evidenzia che tra coloro che sono a favore delle situazioni rischiose, il 40% si pronuncia contro il preservativo, il 30% contro il sesso, il 38% contro la verginità. Tra coloro che evocano sentimenti negativi nei confronti del preservativo, un terzo circa (32%) lo fanno anche contro la verginità.

Altri studenti appartenenti al gruppo che si esprime attraverso sentimenti negativi non la pensano nel modo sopra descritto. Per esempio, chi si dichiara contro i genitori manifesta pareri positivi sul preservativo, sulla verginità e sull'astinenza con dati che si assestano attorno al 20%.

Chi ancora si dichiara contro i docenti, al contrario dei compagni citati in precedenza, si esprime positivamente per l'astinenza, la verginità, il condom (dati tra il 30-35%).

Potremmo, in linea teorica, constatare la presenza nel nostro gruppo di tre modalità di esprimere valori e relazioni adolescenziali:

- la prima, che possiamo definire positiva su tutte le aree individuate;
- la seconda, che manifesta atteggiamenti fortemente ambivalenti definibile positiva-negativa:
- l'ultima, decisamente negativa contro tutto e contro tutti su tutte le aree incrociate.

Se sulla prima modalità non è necessario riflettere ulteriormente perché sembra sufficientemente provvista di difese, la seconda appare indicare pienamente la conflittualità adolescenziale e il suo muoversi "avanti e indietro" con spinte verso auto responsabilizzazione e rientri nella "deresponsabilizzazione". I dati ci hanno permesso più volte di sottolineare la positività dell'esperienza condotta e di convincerci che questa è la strada da praticare.

L'ultimo gruppo, quello "contro tutti e contro tutto" è certamente quello maggiormente a rischio. Appare come un insieme di ragazzi privi di ancoraggi a cui aggrapparsi, totalmente disorientato rispetto alla realtà esterna e a cui manca quel senso di efficacia personale, indispensabile per operare scelte relative al proprio futuro. Per questo gruppo qualsiasi situazione, evento, persona, evoca sentimenti ed emozioni di forte disagio. È necessario lavorare al fine di trasformare la negatività di cui sono "ricchi" in una "pensabilità positiva" di se stessi.

Le considerazioni sopra elencate vengono riassunte in unico grafico costruito con la tecnica dello Scaling Ottimale in cui possiamo vedere le distanze fra i casi prima dell'intervento di Educazione fra Pari (CAP) e i casi dopo l'intervento (CAD), e i controlli prima dell'intervento (COP) e i controlli dopo l'intervento (COD), in rapporto

agli aggettivi favorevoli, alle parole stimolo (per es. *x* condom) o al contrario contro le parole stimolo (per es. *vs* risk). Nel grafico possiamo facilmente individuare due nuvole di atteggiamenti, una favorevole ed una contraria, e si possono vedere i percorsi compiuti dagli studenti in relazione all'educazione fra pari.

7. Commento agli aggettivi nell'intervento di educazione fra pari

Confrontando gli aggettivi formulati dagli studenti nelle risposte date da coloro che hanno partecipato all'intervento di educazione fra pari prima e dopo l'intervento, con quelle date dai loro compagni che non vi hanno partecipato, i cambiamenti maggiori sembrano presentarsi per il rischio, la scuola e gli insegnanti.

Per gli aggettivi sul rischio, la forbice fra coloro che in uno o l'altro o entrambi gli aggettivi davano una connotazione favorevole al rischio, si allarga di più negli studenti dell'educazione fra pari dopo l'intervento, rispetto ai loro compagni.

Per gli aggettivi su scuola e insegnanti gli atteggiamenti contrari diminuiscono negli studenti dell'educazione fra pari dopo l'intervento, rispetto ad un incremento nel gruppo di controllo.

Per tutti gli altri aggettivi i cambiamenti, che vanno in genere nella stessa direzione, sono molto poco marcati, se non per l'astinenza che mostra un andamento contrario, in cui percentualmente i contrari diminuiscono più sensibilmente nel gruppo di controllo che nei giovani dell'educazione fra pari.

I cambiamenti ottenuti sul rischio, sulla scuola e sugli insegnanti, considerando le associazioni segnalate precedentemente, suggeriscono comunque di proseguire su questa strada al fine di sviluppare strategie preventive sull'AIDS, che potranno essere ancora più efficaci soprattutto se sarà possibile dedicare a questo tipo di intervento maggiori risorse, particolarmente in termini di tempo e di momenti di occasione di formazione e di riflessione con i giovani conduttori dell'educazione fra pari.

Si ringraziano gli operatori delle Aziende USL M.C. Albertazzi, P. Beltrami, S. Benassi, D. Botteghi, L. Cerchiarini, C. Dazzani, A. Distefano, G. Ferranti, B. Galavotti, D. Gambini, G. Iannini, G. La Cava, M. Manfredi, M. Marzari, S. Pratella, M. Ricci Maccarini, R. Sancini, R. Santini, D. Suzzi, A. Tomesani, S. Turchi, A. Zanangeli.

Inoltre ringraziamo l'Ufficio Studi del Provveditorato agli Studi di Bologna, L. Cucciarelli della Sovrintendenza scolastica regionale, i 29 insegnanti referenti dei 20 istituti e soprattutto i 97 Leader dei Pari.

-8 -6 -4 -2 0,0 ,2 ,4 ,6 ,8 1,0

Gior

Dimension of opposed attitudes

PRETEST POSTTEST CONTROL GROUP ANALYSIS

UPPER HIGH SCHOOL OF PROVINCE OF BOLOGNA

CORSO DI EDUCAZIONE SESSUALE IN TUTTE LE CLASSI SECONDE DI CINQUE ISTITUTI DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE NELL'ANNO SCOLASTICO 1996/97

A. Girotti

Servizio di Igiene Pubblica, Azienda USL di Cesena

1. Destinatari

Circa 50 insegnanti (divisi per Istituto) circa 1000 studenti.

2. Obiettivi

- Aumentare la consapevolezza degli insegnanti e degli studenti in merito al concetto che la sessualità è esperienza complessa e da costruire.
- Aumentare la conoscenza degli studenti su come è fatto e come funziona il corpo maschile e femminile.
- Promuovere la tutela della propria e altrui salute.
- Riflettere sulla complessità dei sentimenti, delle emozioni, dei valori legati alla sessualità.

3. Metodo del lavoro con insegnanti

Gruppo di lavoro tra operatori (1 medico, 1 psicologo, 2 ostetriche, 1 infermiera) e insegnanti dell'Istituto (circa 10), presso la sede della scuola, per circa 15 ore all'anno. Gli incontri di tre ore l'uno si dividono in: verifica comune del lavoro svolto dall'insegnante in classe, proposta degli operatori e discussione con insegnanti, e preparazione della documentazione. Nel progetto con gli studenti il ruolo dell'insegnante è previsto come comunicatore di conoscenze e conduttore (1^a e 2^a lezione), o come esclusivamente conduttore (dalla 4^a alla 7^a lezione).

4. Struttura dell'intervento rivolto agli studenti

Ad ogni studente veniva fornita una cartellina personale in cui conservare le schede delle varie attivazioni. È prevista nella prima lezione una auto valutazione, mai una valutazione dell'insegnante.

1^a lezione

Presentazione del corso e distribuzione della cartellina

Anatomia (diapositive e schede). Coinvolto insegnante di scienze o educazione fisica.

2^a lezione

Fisiologia (diapositiva e filmato), consegna di tavole di anatomia e fisiologia (coinvolto insegnante di scienze o educazione fisica).

3^a lezione

La contraccezione e le malattie sessualmente trasmesse (diapositive). Condotta dall'ostetrica del Consultorio Giovani.

4^a lezione

Attivazione "Sesso - Amore" (associazione di idee): lavoro individuale poi in plenaria. Attivazione "Cara Giulia" o "Caro Marco": lavoro di gruppo sul tema dell'innamoramento. Coinvolto insegnante di italiano o altra materia.

5^a lezione

Attivazione "Essere maschio - essere femmina", lavoro di gruppo (costruzione di un cartellone). Coinvolto insegnante di italiano o altra materia.

6^a lezione

Visione di un film sul tema e discussione. Coinvolto uno dei due insegnanti.

7^a lezione

Verifica individuale anonima degli studenti.

Il progetto é stato inserito nel PEI (Progetto Educativo di Istituto).

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E DI INFORMAZIONE IN SCUOLE E GRUPPI GIOVANILI

S. La Ferrara

Settore Scuola Semèion, Reggio Emilia

1. Introduzione

Fin dal 1994 numerose richieste da parte di presidi, insegnanti, studenti, ci hanno portato a riflettere sulla possibilità di attuare un programma di prevenzione del contagio da HIV che tenesse realmente conto delle caratteristiche degli utenti e non si riducesse ad uno sterile e probabilmente inefficace trapasso di nozioni; e che costituisse inoltre un'occasione per alimentare ed esercitare la capacità di ascolto e di dialogo di tutti i soggetti coinvolti.

La sieropositività è oggi una condizione che, a nostro parere, richiede da parte della società intera un impegno alla ricerca di una convivenza civile e responsabile, convivenza che presuppone appunto occasioni e capacità di ascolto e di riflessione.

Nella convinzione che prevenire significhi aiutare le persone ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni e scelte di vita, abbiamo considerato come primaria l'individuazione di un metodo idoneo a promuovere nei soggetti interessati una cultura basata sull'approccio critico alle fonti informative, su una seria riflessione personale, sulla capacità di un confronto civile con le opinioni degli altri.

Il metodo che abbiamo deciso di adottare è stato perciò quello del dialogo nel piccolo gruppo: la conferenza o l'assemblea sono, a nostro avviso, contesti inadatti ai nostri obiettivi, mentre nel gruppo/classe, una maggiore conoscenza reciproca, un clima più disteso ed un ambiente ristretto, favoriscono una comunicazione spontanea ed informale.

I nostri interventi non vogliono essere relazioni scientifiche o lezioni, ma occasioni date agli studenti per avvicinarsi realmente al tema e sviluppare in relazione ad esso un'autonoma capacità di riflessione sui propri comportamenti e su quelli altrui.

Gli operatori non sono perciò medici (o, in ogni caso, non si presentano come tali), ma volontari che, oltre a possedere la necessaria ed aggiornata informazione scientifica, hanno approfondito le metodologie educative del lavoro di gruppo.

Gli incontri sono animati in modo da far emergere il vissuto dei ragazzi, alle esigenze della classe, al livello informativo; a tal fine è fondamentale il coinvolgimento degli insegnanti nella fase di progettazione dell'intervento, solitamente impostato secondo il seguente schema:

- compilazione di un questionario anonimo a risposte chiuse, costituito da 25 quesiti che riguardano i principali temi scientifici sull'infezione da HIV (vie di trasmissione, modalità di accesso al test, ecc.) nella settimana che precede il primo incontro;
- tre incontri di due ore scolastiche ciascuno, animati da due operatori e, quando possibile, con la presenza di un insegnante precedentemente contattato e preparato (la presenza dell'insegnante al primo incontro o all'intero ciclo è valutata caso per caso insieme all'insegnante stesso tenendo conto anche del parere espresso dagli studenti);
- verifica dell'intervento con i ragazzi al termine degli incontri;
- verifica tra gli operatori, sintetizzata in una breve relazione a disposizione degli insegnanti.

Abbiamo finora incontrato in quasi tre anni di attività 1.600 ragazzi e circa 40 insegnanti con un incremento significativo delle richieste dell'intervento.

I ragazzi che incontriamo sono in possesso di una discreta informazione, ma evidenziano la mancanza di occasioni per precisare ed aggiornare le loro conoscenze e, soprattutto, per calarle nella realtà; incontrano difficoltà nel riflettere in modo franco ed obiettivo sui loro personali comportamenti e sulle strategie che effettivamente seguono (o non seguono) per prevenire il contagio laddove il rischio è reale.

Le proposte che facciamo loro sono solitamente bene accette e buono è il livello di partecipazione; ci pare che i ragazzi accolgano, pur con inevitabili lentezze e difficoltà, la proposta di un graduale e paziente percorso verso una reale consapevolezza delle dimensioni e dell'importanza del problema e che percepiscano tale consapevolezza come la più efficace e sicura forma di prevenzione e di tutela propria ed altrui.

2. Corso di aggiornamento per insegnanti di Scuola Media Superiore

In seguito alla sempre maggiore richiesta di interventi nelle scuole, Semèion ha voluto offrire agli insegnanti un'opportunità per acquisire maggiori sicurezze rispetto ai temi dell'HIV e dell'AIDS ed ha allestito nei mesi di maggio e giugno 1996 un progetto di corso di aggiornamento da porre all'attenzione del Provveditorato agli Studi di Reggio Emilia.

Il corso, destinato ad insegnanti di Scuola Media Superiore, si prefiggeva i seguenti obiettivi:

- conoscere e valutare diverse strategie di prevenzione primaria e secondaria;
- acquisire un'esauriente informazione scientifica di base;
- confrontare gli strumenti divulgativi con le esigenze delle classi;
- sperimentare metodologie del lavoro di gruppo;

- conoscere ed analizzare la comunicazione di massa sull'argomento.

Il programma del corso è stato approvato dal Provveditorato il 18/7/1996 e si è svolto nel mese di novembre 1996 vedendo la partecipazione di 24 iscritti.

Presentiamo di seguito i temi trattati nel Corso di aggiornamento per insegnanti (Autorizzato con DP prot. Rb/Ab 804/c13 del 18/7/1996) "HIV - AIDS: strategie e metodi per una responsabilizzazione dei singoli e del gruppo classe", diretto dalla Dott.ssa Ada Lanfranchi, responsabile del gruppo Semèion.

Martedì 5 novembre 1996, ore 15 - 18

- Presentazione del corso; presentazione lavori di gruppo; pluralità dei punti di vista; dimensione sociale e politica del problema.
- Dati e statistiche sulla diffusione dell'HIV: cosa ci dicono e come vengono letti dai ragazzi.
- Questionario tecnico per verificare l'informazione di base.

Venerdì 8 novembre, ore 15 - 18

- Verifica ed arricchimento dell'informazione.
- Verifica dei questionari.
- Relazione e domande di argomento medico e giuridico.
- Presentazione di domande ricorrenti sull'argomento.

Giovedì 14 novembre, ore 15 - 18

- La prevenzione nel piccolo gruppo.
- Relazione sulle tecniche del lavoro in gruppo.
- Simulazione situazioni-tipo.
- L'esperienza di Semèion nelle scuole (temi e dubbi più frequenti tra i ragazzi).
- I dati dei questionari di Semèion nelle scuole.

Giovedì 21 novembre, ore 15 - 18

- La prevenzione e la comunicazione di massa.
- Rassegna della filmografia sull'argomento.
- Analisi delle campagne di prevenzione.
- Presentazione del materiale prodotto dagli studenti.
- Verifica finale.

I corsisti hanno giudicato il corso di formazione utile, centrale, interessante, chiaro (80-90%) (rilevamento mediante somministrazione del test finale - Scala di relazione Mod.

5/95 del Provveditorato agli Studi). Molto positivo - ottimo rispetto alle metodiche: lavoro di gruppo (positivo per l'80%), rapporti (positivo per il 70%), interventi frontali (ottimo per il 74%) e modalità e strategie del corso (molto positive per l'80-90%). Il grado di risposta alle esigenze è molto alto (per il 70% degli intervenuti).

INCLUSIONE DI UN GRUPPO SIGNIFICATIVO DI INSEGNANTI DELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI E PROFESSIONALI DI FERRARA E PROVINCIA IN UN PROGETTO DI PREVENZIONE HIV. ANALISI E VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI FORMAZIONE

E. Margutti

Servizio per le Tossicodipendenze, Azienda USL di Ferrara

1. Introduzione

Questo progetto è nato dall'esigenza di ampliare ed approfondire la pratica di prevenzione HIV nell'istituzione scolastica attraverso il coinvolgimento attivo di un campione rappresentativo di insegnanti delle scuole medie superiori e professionali di Ferrara.

L'idea guida del progetto è di consentire agli insegnanti di includere la prevenzione nei loro compiti educativi e formativi attraverso l'acquisizione di strumenti e conoscenze idonee non solo ad "informare" specificatamente sull'HIV, ma, soprattutto, utili a riflettere ed analizzare il processo di apprendimento che concorrono a realizzare.

2. Aspetti teorici

L'assetto teorico e metodologico del progetto si richiama alla Concezione Operativa di Gruppo, particolare prospettiva della psicoanalisi e della psicologia sociale clinica elaborata da Bauleo (1994), Bleger (1987) e Pichon-Riviere (1989), che si interroga tra l'altro su alcune problematiche che riguardano le condizioni di produzione sociale di malattia e della salute, sia a livello socioculturale sia a livello affettivo, e dei desideri dei soggetti implicati nei diversi ambiti esperienziali (individuale, gruppale, istituzionale e comunitario).

Il gruppo, inteso come fenomeno empirico, si configura non solo come lo spazio di osservazione dell'interazione tra struttura sociale e intersoggettiva, ma soprattutto come il luogo ove è possibile, attraverso la riattualizzazione di determinati processi, elaborare l'elemento affettivo che si manifesta nella produzione e circolazione dell'informazione.

Le condizioni di salute e malattia del soggetto sono legate al proprio grado di "adattamento attivo della realtà" inteso come processo attraverso il quale il soggetto si strumentalizza e/o si difende (strumenti e difese dell'Io), al fine di superare i cambiamenti inevitabili della propria esistenza osservabili in quelle che Pichon-Riviere

ha individuato come le aree fenomenologiche del comportamento: mente, corpo e mondo esterno.

In quest'ottica la prevenzione si articolerà come un lavoro atto a rendere possibili queste condizioni di apprendimento e trasformazione della realtà. Prevenzione e apprendimento, coincidendo a questo livello, spingono necessariamente a focalizzare l'attenzione sui processi di comunicazione quali vettori fondamentali di riuscita e/o fallimento dei fenomeni in esame. Quando si opera nel campo della prevenzione non si può prescindere dall'affrontare teoricamente ed operativamente il fenomeno dell'apprendimento, così come non si può pensare a quest'ultimo senza affrontare il grande problema dell'insegnamento o della trasmissione.

La ricerca psicoanalitica, specie quella di scuola kleiniana, ha evidenziato inoltre la stretta connessione tra gli aspetti cognitivi e gli aspetti affettivi del pensiero. Pichon-Riviere ha analizzato questo rapporto nel processo dell'apprendimento individuando l'aspetto affettivo-emotivo particolarmente nelle ansie di base (paranoiche e depressive) che sempre accompagnano ogni situazione di cambiamento quale è, *in primis*, l'apprendimento.

3. Aspetti metodologici

Alla luce di questi aspetti teorici la struttura del progetto è stata prevista come un insieme di momenti di formazione diversificati, reciprocamente collegati, non limitati al neutro passaggio di informazioni ma intesi innanzi tutto come luoghi di elaborazione dei contenuti proposti.

Prima di approfondire la fase specifica della formazione degli insegnanti si vuole esporre l'intera struttura del progetto che, come sopra specificato, si configura come un susseguirsi di momenti formativi che hanno coinvolto diversi gruppi di soggetti:

- formazione degli insegnanti,
- attuazione dell'intervento di prevenzione HIV diretto agli studenti delle classi previste,
- supervisione di gruppi agli insegnanti,
- elaborazione e strutturazione di un ipotesi generale di intervento di prevenzione HIV in classe,
- valutazione d'ingresso e uscita dei cambiamenti significativi delle conoscenze e atteggiamenti degli studenti sull'HIV attraverso la somministrazione di un questionario.

La prima fase del progetto, alla quale questa relazione farà riferimento, si è articolata nella formazione degli insegnanti seguendo il modello pedagogico della Concezione operativa di gruppo che prevede due momenti in ogni situazione di formazione:

- momento informativo,
- momento operativo di gruppo in cui si attua una dinamica di gruppo che ha come compito (motivazione) l'elaborazione delle informazioni presentate.

Il compito manifesto proposto agli insegnanti nella situazione gruppale è stato quello di "elaborare le informazioni ricevute (5 sessioni informative pluridisciplinari) al fine di strutturare un intervento di prevenzione HIV presso la propria classe".

Le sessioni informative (lezioni) sono state svolte da relatori esterni che hanno presentato i seguenti argomenti con il medesimo ordine:

- 1) inquadramento teorico e metodologico del progetto. Nozioni e concetti relativi al gruppo e all'apprendimento (concezione operativa di gruppo)
- 2) aspetti biomedici ed epidemiologici dell'HIV
- 3) comportamenti a rischio e strumenti di prevenzione
- 4) sessualità ed adolescenza
- 5) strategie comunicative della prevenzione.

Questo modello cerca di studiare le diverse vicissitudini che si presentano nella relazione tra informazione-affetto-contesto, ovvero il processo dell'apprendimento dei soggetti coinvolti.

4. Il processo formativo: analisi e valutazione

Il progetto è stato presentato agli insegnanti fin dall'inizio come una proposta di formazione e ricerca attraverso la quale collaborare nella prevenzione HIV. A partire dall'offerta formativa essi avrebbero poi strutturato e attuato un intervento di prevenzione HIV per i loro studenti senza la presenza di esperti esterni.

Durante l'anno scolastico 1995-'96 sono stati formati 18 insegnanti coinvolgendo 365 studenti, mentre nell'anno scolastico 1996-'97 sono stati formati altri 43 insegnanti che coinvolgeranno circa 1.500 studenti.

Per riflettere proficuamente sugli effetti e sulle vicissitudini del corso di formazione agli insegnanti è utile introdurre il concetto di ECRO - Schema di Riferimento Concettuale e Operativo, elaborato da Pichon-Riviere, che consiste nell'insieme, più o meno organizzato, di conoscenze, teorie, esperienze ed affetti, con il quale il soggetto interpreta, affronta e modifica la realtà. Si tratta di una concezione interna della realtà o di parte di essa. L'ECRO, essendo il prodotto di un insieme di esperienze nel tempo, non solo tende a divenire progressivamente più latente e/o inconscio, ma soprattutto tende a cristallizzarsi e a resistere a cambiamenti sostanziali.

Pichon-Riviere parla esplicitamente di stereotipo quale modello obsoleto e rigido di comportamento, "ancorato ad una situazione passata in cui era stato però pertinente e funzionale". Quando parliamo di resistenza al cambiamento si segnala proprio questa difesa ad oltranza nei confronti di un'inevitabile disorganizzazione e destrutturazione implicita in ogni nuovo processo di apprendimento/cambiamento. I concetti di ECRO, stereotipo e resistenza al cambiamento, elaborati da Bauleo, Bleger e Pichon-Riviere ci consentiranno di comprendere il processo grupppale e di apprendimento prodotti da questo corso di formazione.

Il corso di formazione ha proposto agli insegnanti:

- un particolare modello pedagogico (informazione ed elaborazione di gruppo);
- una situazione esplicita di apprendimento attivo di nuove conoscenze, modelli teorici e conoscenze relative al processo grupppale, al processo insegnamento/apprendimento ed alla prevenzione;
- l'inclusione di una nuova funzione (prevenzione) nei propri compiti educativi.

Questa forte sollecitazione ha inevitabilmente provocato nei gruppi degli insegnanti, alternando momenti di progressione e regressione, una proficua riflessione ed elaborazione su:

- i propri modelli pedagogici e/o formazione,
- le proprie modalità e attitudini di insegnamento e apprendimento,
- i propri compiti educativi e formativi.

Ciò ha consentito la concreta definizione e realizzazione finale dell'intervento di prevenzione HIV nelle classi individuate.

Il percorso grupppale di apprendimento è stato tracciato dall'articolazione degli elementi sopraindicati determinando interessanti emergenti che ci indicheranno possibili strade di formazione alla prevenzione. Innanzitutto non deve essere mai data per scontata l'inclusione automatica della prevenzione nella funzione educativa da parte degli insegnanti, anche se motivati, in quanto ciò implica sempre, in forma manifesta e/o latente, un'elaborazione necessaria dei relativi schemi di riferimento, ovvero i propri modelli pedagogici, le proprie conoscenze, i propri strumenti e la relativa affettività ad essi collegata.

Questo aspetto è emerso grazie al dispositivo grupppale utilizzato, che prevedeva un lavoro di gruppo centrato su un compito specifico (elaborare le informazioni al fine di strutturare un intervento HIV).

Gli insegnanti non sono mai stati sollecitati a "duplicare" un intervento HIV già confezionato, ma al contrario sono stati fin dall'inizio invitati a lavorare in gruppo per elaborare un proprio intervento. L'argomento HIV ha drammatizzato il problema

dell'efficacia e/o fallimento dell'insegnamento con le sue connessioni fin troppo manifeste, da un lato con la morte, la malattia, la sofferenza, e dall'altro con la sessualità, il piacere, la vita.

Dal momento che questi aspetti, tra loro interconnessi, sono però sempre presenti in qualsiasi relazione che sottenda processi di comunicazione ed apprendimento, appare necessaria la loro inclusione critica negli schemi di riferimento che quotidianamente, per lo più in maniera latente, determinano il comportamento personale e professionale degli insegnanti. Il compito preventivo può trovare spazio nelle funzioni educative ordinarie solo attraverso un'elaborazione degli strumenti e delle conoscenze che normalmente sono applicate, altrimenti il rischio è vedere solo applicata una tecnica o un modello senza gli strumenti per gestirla e comprenderla.

L'aspetto fortemente emotivo-affettivo inerente l'HIV ha funzionato da "evidenziatore" nei confronti di talune dissociazioni presenti nelle concezioni e pratiche didattiche quotidiane che si ripetono inesorabilmente in quelle preventive. Queste concernono le dissociazioni tra:

- il processo dell'apprendimento e quello dell'insegnamento
- gli aspetti cognitivi ed affettivi dell'apprendimento
- la formazione e l'informazione.

Più specificamente, il compito di prevenzione ha marcato la stretta connessione tra insegnamento e apprendimento. Includerli in un unico processo, come suggerisce Fischetti, permette di porre la necessaria attenzione sugli effetti della trasmissione in ambito educativo.

Anche se la situazione è decisamente cambiata in questi ultimi anni, possiamo affermare che rimane operante la tendenza a non affrontare teoricamente e metodologicamente l'aspetto affettivo dell'apprendimento. Ritroviamo il medesimo assetto nelle pratiche preventive concentrate esclusivamente sull'informazione. La suddetta modalità non consente di elaborare quelle ansie (aspetto affettivo) che sempre accompagnano l'apprendimento, concernenti la paura di sentirsi attaccati dalle nuove conoscenze (ansia persecutoria) o la paura della perdita di quelle esistenti (ansia depressiva), che determinano una vera e propria resistenza all'apprendimento, accezione della più generale e conosciuta resistenza al cambiamento.

La sperimentazione dell'attività preventiva HIV all'interno dell'istituzione scolastica ha evidenziato l'urgenza di approfondire i compiti formativi degli insegnanti che quasi sempre rimangono latenti e mai esplicitati. Rimane il problema, soprattutto istituzionale, di riconoscere e favorire l'espressione di questo compito e di discriminarlo da quello prettamente informativo. L'inclusione della prevenzione nei compiti educativi degli insegnanti determina un'inevitabile riflessione sul proprio

ruolo, sulla propria identità professionale, sulla propria collocazione e mandato istituzionali.

Penso che una proposta di formazione alla prevenzione non possa prescindere dall'offerta di una concezione operativa che articoli dentro di sé una concettualizzazione seria ed una pratica credibile sull'apprendimento, sulla comunicazione e sul vincolo, inteso come relazione tra un soggetto e un oggetto legati da processi di comunicazione e apprendimento.

LA FORMAZIONE DEGLI INSEGNANTI NELL'EDUCAZIONE SOCIO-AFFETTIVA E SESSUALE

P. Marmocchi

Spazio Giovani, Distretto Borgo Reno, Azienda USL Città di Bologna

1. Introduzione

Un percorso educativo rivolto agli adolescenti sulle tematiche dell'affettività e della sessualità dovrebbe prevedere un'integrazione progettuale fra insegnanti ed operatori socio sanitari.

Tali aree, così significative nella formazione dei giovani, fanno parte del percorso educativo che si compie nella scuola, ma non possono essere affrontate come le altre discipline. Esse richiedono all'educatore un atteggiamento non valutativo, rispettoso, e di accettazione; in definitiva un ruolo di facilitatore/animatore di processi, che, in genere, non appartiene al corpo docente.

D'altra parte, gli operatori socio sanitari possono intervenire nella scuola in contesti parziali, con tempi limitati che permettono di affrontare gli aspetti informativi delle tematiche in oggetto o di mettere in moto momenti di confronto e discussione che richiedono tempi più ampi per essere sviluppati.

È ormai ampiamente dimostrato che possedere informazioni corrette sulle tematiche relative all'educazione sessuale è elemento indispensabile ma non sufficiente a promuovere comportamenti adeguati. A tal fine occorre infatti stimolare fra i ragazzi un confronto che faccia emergere le componenti emotive legate alle scelte nel campo della tutela della salute.

Gli Spazi Giovani dell'Azienda USL Città di Bologna da anni lavorano nella formazione degli insegnanti, al fine di potenziare le loro competenze per progettare e gestire interventi strutturati e continui di educazione socio-affettiva e sessuale.

Il modello formativo proposto è biennale:

- nel primo anno viene realizzato un corso sulle competenze comunicative e sull'evoluzione di gruppo con il Metodo Gordon;
- nel secondo anno si approfondiscono le tematiche legate all'educazione sessuale.

2. Programma del corso

I° modulo (35 ore)

Potenziamento e miglioramento delle competenze relazionali con il Metodo Gordon.

Obiettivi

- Aumento delle capacità di empatia, congruenza, accettazione
- Aumento delle competenze comunicative:
 - ascolto empatico
 - messaggi Io di confronto
 - “*problem solving*” per la soluzione di conflitti di bisogni
 - tecniche per affrontare conflitti di valori
 - conduzione di gruppi di discussione

II° modulo (30 ore)

Corso di formazione sulle tecniche relative all’educazione alla sessualità.

Obiettivi

- Aumento delle conoscenze relative a metodi e strumenti per l’educazione alla sessualità.
- Aumento di consapevolezza di propri valori personali ed atteggiamenti relativi alla sessualità.
- Programmazione e realizzazione nelle classi di interventi di educazione alla sessualità.

Metodologia

- Lezioni e lavoro di gruppo (discussioni, *role playing*, esercitazioni ...).
- Verifica
- Questionari finali
- Realizzazione di progetti

È stata svolta una ricerca sugli esiti di tale formazione, e i risultati sembrano indicare soddisfazione per le proposte relative alla comunicazione, con una buona ricaduta nell’attività scolastica, in particolare rispetto ad alcune competenze, quali l’ascolto empatico e la gestione dei conflitti.

Per quanto riguarda la sperimentazione di progetti di educazione alla sessualità, emerge invece una difficoltà nella realizzazione di interventi gestiti dagli insegnanti. In base a tali indicazioni si sono individuate come strategie atte a facilitare la realizzazione dei progetti da parte degli insegnanti:

- la creazione di un nucleo di docenti nella scuola che mediante percorsi di formazione comuni possa creare un team di lavoro;
- la sperimentazione da parte dei docenti, durante la formazione, di incontri tramite simulate e la progettazione e realizzazione di progetti nelle classi, il cui percorso venga seguito nelle varie fasi, già durante la formazione.

Bibliografia

GORDON T., *Insegnanti efficaci*, Giunti Lisciani, 1991.

MARMOCCHI, RAFFUZZI L., *Le parole giuste. Idee, giochi e proposte per l'educazione alla sessualità*, La Nuova Italia Scientifica, 1996.

RAFFUZZI L., INCASTROZA, MALMESI, *Scoprirsì. Percorsi per l'educazione socio affettiva e sessuale*, La Nuova Italia Scientifica, 1996.

LA PREVENZIONE DELL'HIV NELLA SCUOLA MEDIA SUPERIORE CON IL METODO DELL'EDUCAZIONE SOCIO-AFFETTIVA

M. Martoni

SERT di Lugo, Azienda USL di Ravenna

1. Introduzione

Vorrei presentare l'attuale lavoro del SERT di Lugo nelle Scuole Medie Superiori in merito alla prevenzione dell'HIV utilizzando la metodologia della educazione socio-affettiva. Ciò è frutto di un'intensa formazione degli operatori e di una particolare ricerca/intervento.

Vi sono alcuni aspetti basilari che sottendono e sostengono questo lavoro:

- credere nella forza del lavoro di rete, nella integrazione fra agenzie quale risorsa che potenzia ed accresce;
- ritenere di primaria importanza una formazione permanente degli operatori, acquisendo strumenti e metodologie sempre più congrui con il divenire dei contesti di riferimento;
- assegnare alla prevenzione primaria, alla promozione della salute un ruolo importante per il SERT.

L'impegno del SERT nella promozione della salute nasce dal ritenere importante l'attivarsi con energia in processi a lungo termine: ove si lavora oggi con i giovani, con gli insegnanti, con gli studenti con l'obiettivo di contribuire ad un domani nel quale le persone vivano meglio, si ha una maggiore consapevolezza, l'utilizzo di maggiori precauzioni al fine di tutelare la propria salute, uno sviluppo più elevato del bagaglio di competenze relazionali e comunicative.

Ho impegnato molte energie degli operatori negli ultimi quattro anni in una costante e continua formazione, curata dalla Dott.ssa Putton che con umanità, fermezza, affetto e grande professionalità ha guidato gli operatori in un itinerario emotivo-affettivo, teorico e pratico, formando l'intero staff del SERT di Lugo (13 operatori) nell'acquisizione della metodologia dell'educazione socio-affettiva. Quindi una équipe pluri-professionale specialistica e specializzata.

Questo assetto ha fatto crescere il gruppo, ne ha sviluppato le capacità comunicative, la coesione, il senso di appartenenza. Oggi si pensa e si agisce in sinergia, credendo in ciò che si fa e affrontando l'impegno quotidiano con fantasia e determinazione. Un tale assetto professionale ed emozionale degli operatori rappresenta chiaramente un modo nuovo e diverso di gestire la relazioni quotidiane, fra il gruppo stesso del SERT, con i

pazienti, con l'esterno, nei progetti di prevenzione al disagio e, in generale, di promozione della salute. La collaborazione con la scuola nasce a partire dagli anni '80.

Si è sempre ritenuto che l'efficacia delle azioni si esprima attraverso il lavoro di rete, favorendo e sviluppando i collegamenti fra le agenzie che hanno competenze in materia di disagio giovanile. Solo l'integrazione consente di operare e procedere nella complessità dei sistemi sociali. È un sistema di rete ove ogni nodo è collegato con gli altri nodi in modo circolare, ove si hanno legami nel rispetto dell'individualità.

All'interno di questa cornice è nata e si è sviluppata la collaborazione con l'Istituto Tecnico Commerciale "G. Compagnoni" di Lugo relativa all'attivazione nel 1993 di un progetto di prevenzione dell'HIV rivolto agli studenti delle III classi, formulato, però, in modo tradizionale, cioè attraverso la trasmissione agli studenti di informazioni scientifiche sull'HIV e sull'AIDS da parte di medici e psicologi del SERT.

Il cogliere insieme alla scuola come questo non fosse sufficiente per agire sulla consapevolezza e sulla responsabilità dei ragazzi, ci ha portato ad avviare una ricerca/intervento che voleva verificare se l'educazione socio-affettiva, ampiamente sperimentata e valida come metodologia di prevenzione del disagio giovanile, fosse efficace anche nella prevenzione dell'HIV.

L'educazione socio-affettiva discende dalla psicologia di comunità e dalla psicologia umanistica. La prima si occupa del rapporto individuo-ambiente in termini di "accordo psico-sociale" (MURREL 1973), ovvero di congruenza fra le capacità e le attese delle persone e le risorse e le richieste dell'ambiente in cui questa vive. "Perché ci sia una positiva interazione fra individuo e ambiente, è necessario che entrambi gli elementi dell'interazione siano competenti per cogliere in se stessi e negli altri i punti di forza e i punti deboli delle situazioni, e trovare le convergenze per attivare strategie efficaci e vantaggiose per il benessere globale" (PUTTON 1993).

La psicologia umanistica discende da autori quali Maslow, Rogers e Gordon i quali pongono al centro dell'interesse l'individuo e le sue motivazioni, cercando di valorizzarne gli aspetti positivi e le qualità, lasciando in secondo piano gli aspetti negativi. Per questi autori educare significa assumere un ruolo di facilitatore dei naturali processi di crescita e maturazione. La conoscenza e l'apprendimento avvengono attraverso una buona relazione interpersonale basata su autenticità, accettazione, empatia. Tale ricerca-intervento è stata effettuata nell'anno scolastico 1995/'96 nelle terze classi dell'Istituto Tecnico "G. Compagnoni".

La supervisione al lavoro è stata affidata alla Dott.ssa Putton; la realizzazione del questionario e l'analisi dei dati sono stati curati dal Dott. De Gennaro, ricercatore dell'Università "La Sapienza" di Roma. Il Preside e la docente referente hanno mostrato grande disponibilità ed apertura nei confronti della sperimentazione. Si è quindi avviato un significativo lavoro di rete che ha coinvolto altri insegnanti, il

Consiglio di Istituto e i genitori degli studenti delle terze classi, con l'obiettivo di presentare il progetto sperimentale.

Ciò ha permesso di allargare la conoscenza ai vari livelli di coinvolgimento, di acquisire importanti elementi di riflessione prodotti dalla discussione e di condividere l'avvio della ricerca/intervento.

Tale percorso, preliminare all'attivazione del lavoro nelle classi con gli studenti, è stato molto importante per il SERT. Sono stati elementi significativi le considerazioni degli insegnanti, dei genitori e degli studenti relativamente all'AIDS, alla trasmissione del virus, al linguaggio più adeguato da utilizzare con ragazzi di 17 anni. Dagli incontri sono emerse anche la grande emotività e la forte emozionalità legate all'AIDS, le paure nei confronti della vita sessuale dei propri figli e rispetto ad una malattia così devastante per la quale anche un solo rapporto sessuale non protetto può essere l'origine della trasmissione del virus HIV.

Hanno partecipato alla ricerca-intervento un totale di 94 studenti di cinque sezioni delle classi terze. Tre sezioni (64 studenti) hanno costituito il gruppo sperimentale e due sezioni il gruppo di controllo (30 studenti).

La ricerca è stata articolata come descritto nello schema.

SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO (IN OGNI SEZIONE DELLE TERZE CLASSI)		
GRUPPO SPERIMENTALE (TRE SEZIONI)	TRE INCONTRI DI DUE ORE CIASCUNO, UTILIZZANDO LA METODOLOGIA DELL'EDUCAZIONE SOCIO-AFFETTIVA	UNO PSICOLOGO E UN INFERMIERE O MEDICO IN OGNI SEZIONE
GRUPPO DI CONTROLLO (DUE SEZIONI)	TRE INCONTRI, UTILIZZANDO IL METODO TRADIZIONALE DELLA LEZIONE FRONTALE	UN MEDICO, UNA AMMINISTRATIVA, UNA ASSISTENTE SOCIALE NELLE DUE SEZIONI
SOMMINISTRAZIONE DELLO STESSO QUESTIONARIO AL TERMINE DELLA RICERCA (IN OGNI SEZIONE DELLE TERZE CLASSI)		

Nel gruppo sperimentale il lavoro, effettuato da uno psicologo e da un operatore sanitario, si è svolto integrando esperienze, vissuti e sentimenti dei ragazzi con informazioni scientifiche sull'HIV e sull'AIDS.

Attraverso il livello emozionale, affettivo si affrontano i comportamenti, le azioni, si collega l'interno con l'esterno.

I questionari sono stati somministrati in ogni sezione dalla stessa coppia di operatori che in quella classe ha lavorato con gli studenti. Nel gruppo di controllo il lavoro è stato di tipo tradizionale. Il medico ha tenuto tre lezioni, fornendo ai ragazzi informazioni scientifiche sulla malattia e rispondendo alle domande degli studenti. Hanno coadiuvato il medico due operatori del SER.T di Lugo (un'amministrativa e un'assistente sociale), somministrando i questionari nelle due sezioni di controllo ed agendo, durante i tre incontri, come facilitatori della comunicazione.

2. Articolazione degli incontri e temi trattati

GRUPPO SPERIMENTALE	GRUPPO DI CONTROLLO
1. LA SICUREZZA	1. MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEL VIRUS HIV ED EPIDEMIOLOGIA
2. LA RESPONSABILITÀ ED IL RISCHIO	2. PREVENZIONE E TRATTAMENTO
3. IL FUTURO	3. SINTESI DEGLI ARGOMENTI TRATTATI NEGLI INCONTRI PRECEDENTI

Sicuramente un aspetto singolare di questa ricerca/intervento è che si sono attivati nel lavoro coi ragazzi tutti gli operatori del SER.T dal medico, all'infermiere, allo psicologo con ruolo di conduttori, all'assistente sociale, all'amministrativa con un ruolo di facilitatori e con una grande formazione alle spalle.

Ad entrambi i gruppi è stata somministrata prima e dopo l'intervento la seguente batteria di test:

- questionario generale (informazioni socio-anagrafiche, sessualità e utilizzo del condom);
- test delle conoscenze dei comportamenti a rischio per l'HIV (*HIV Risk Knowledge Test*; Kelly, ST. LAWRENCE, HOOD, BRASFIELD 1989);
- scala di responsabilità (*Responsibility Scale*; WEEKS 1993);
- scala dei comportamenti pericolosi (*Lethal Behaviors Scale*; THORSON E POWELL 1987);
- questionario degli atteggiamenti nei confronti dell'utilizzo del condom (GOLD, KAMIRLOFF-SMITH, SKINNER, MORTON 1992);

- *HIV Health Locus of Control* (KELLY, ST. LAWRENCE, BRASFIELD, LEMKE, AMIDEI, ROFFMAN, HOOD 1990);
- questionario del vissuto relativo ai contatti indiretti con i pazienti affetti da HIV (ROZIN, MARKWITH, MCCAULEY 1994).

A tutti i soggetti dello studio è stato garantito l'anonimato mediante l'utilizzo di un sistema di buste chiuse che ha tuttavia permesso l'appaiamento delle risposte fornite nelle due fasi della somministrazione (prima e dopo l'intervento). In pratica ogni busta con i questionari pre-test e la corrispondente busta con i questionari post-test erano chiuse all'interno di un'altra busta recante le generalità del soggetto. L'ipotesi della ricerca prevedeva che al post-test si riscontrassero dei miglioramenti significativi nei livelli delle conoscenze sull'infezione da HIV in entrambi i gruppi, mentre nelle altre dimensioni, valutate le variazioni, queste dovevano essere limitate al gruppo sperimentale con il quale è stato condotto il "Tempo del Cerchio".

Il principale risultato della ricerca-intervento nella Scuola Media Superiore è di un chiaro effetto dell'interazione ipotizzata tra i fattori Classi e Intervento soprattutto per i punteggi al test *HIV Health Locus of Control*. Tale strumento valuta la convinzione dei soggetti riguardo al grado in cui la possibilità di infezione da HIV possa essere influenzata dal sé, o piuttosto sia determinata dal caso o da forze esterne.

Le persone che esprimono un alto controllo interno si assumono la responsabilità dei comportamenti relativi all'infezione; la percepiscono quindi come conseguenza delle loro decisioni ed azioni e si sentono fiduciosi della loro capacità di influenzarle a proprio vantaggio. L'effetto significativo riscontrato nella presente indagine riguarda la scala del Controllo Interno ed esprime un marcato incremento dei punteggi in conseguenza dell'intervento nelle classi, limitato ai soli studenti delle classi sperimentali. Il risultato indica perciò chiaramente come il metodo dell'educazione socio-affettiva applicato nella Scuola Media Superiore sia efficace nella modificazione di una variabile che sembra giocare un ruolo fondamentale nell'infezione da HIV.

Infatti, è stato evidenziato in soggetti a rischio che il test *HIV Health Locus of Control* predice minori comportamenti ad alto rischio e una maggiore adozione di precauzioni.

Se, come evidenziato da altre ricerche, questo mutato atteggiamento riduce effettivamente i comportamenti a rischio, appare opportuno favorire la diffusione del metodo socio-affettivo nelle campagne di prevenzione da HIV.

RICERCA SPERIMENTALE PER UNA VALUTAZIONE DI EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E PREVENZIONE DELL'AIDS

S. Minguzzi, E. Saviotti e G. Baroncelli

Consultorio Giovani, Distretto di Ravenna, Azienda USL di Ravenna

1. Introduzione

Il progetto di questa ricerca è nato da un'idea personale e dalla lettura di diversi articoli che mettono in evidenza l'efficacia di programmi di prevenzione AIDS rivolti ai giovani, centrati sull'acquisizione di abilità comunicative e decisionali e sull'aumento dell'autostima e dell'autoefficacia.

Per esempio, R.J. Di Clemente (1992) rileva che non è sufficiente far presente ai ragazzi che devono dire di no ai comportamenti a rischio, ma va detto loro come dare risposte appropriate in modo da salvaguardare al meglio la propria salute.

L. Mannetti e A. Pierro (1995) trovano che le ragazze, in confronto ai ragazzi, hanno una percezione di minore efficacia personale e minore assertività rispetto a problematiche connesse alla sessualità e un controllo inferiore nei processi di "negoziamento sessuale".

Anche l'Istituto Superiore di Sanità mette in risalto l'importanza dello sviluppo dell'autostima, dell'abilità di comunicazione e della capacità di prendere decisioni nei programmi educativi sulla modificazione dei comportamenti rispetto all'AIDS e alle malattie sessualmente trasmesse (MST), pur richiedendo lunghi tempi di insegnamento.

Infine Yesmont (1992) ha scoperto che una tendenza assertiva relativa al comportamento sessuale sicuro, cioè la capacità di esprimere con il partner i propri pensieri, sentimenti e credenze in una maniera diretta e appropriata, è positivamente correlata a un comportamento sessuale sicuro, cioè alla cautela nell'intraprendere rapporti sessuali, all'indagine sulla storia di rischio del potenziale partner e alla frequenza nell'uso del profilattico.

2. Descrizione della ricerca

Obiettivi

Sperimentare tre diversi tipi di intervento di educazione alla salute per trovare la modalità più efficace per modificare atteggiamenti e comportamenti a rischio legati alla sessualità e alla trasmissione dell'HIV.

Disegno di ricerca

Formare tre gruppi di ragazzi appartenenti a una scuola superiore per sottoporli a tre diversi tipi di intervento di educazione alla salute (lettura di opuscoli informativi; filmati e discussione; *training* assertivo), somministrando loro un questionario di ingresso e uno di uscita.

Setting e partecipanti

Il Liceo Artistico Statale "P.L. Nervi" di Ravenna si è reso disponibile con i ragazzi appartenenti alle classi II e come sede degli interventi. Alla ricerca hanno aderito 60 ragazzi appartenenti a tre classi seconde, suddivisi a caso in tre gruppi costituiti da 20 soggetti ognuno.

Intervento

A tutti i ragazzi è stato spiegato il programma della ricerca e la loro assegnazione a tre gruppi diversi. Nelle tre classi originarie è stato sottoposto il questionario iniziale: il Questionario di Assertività di Rathus (RAS), composto da 30 *item* che riflettono alcuni aspetti e momenti dei rapporti interpersonali, fornendo una misura della stima soggettiva della probabilità di comportarsi o di reagire nel modo descritto da ogni singolo *item* (GALEAZZI 1989).

Ad ogni ragazzo è stato inoltre assegnato un numero che permetteva sia di mantenere l'anonimato, sia di mettere in correlazione le risposte al questionario di ingresso con le risposte al questionario di uscita.

Come detto sopra, i ragazzi sono stati divisi in tre gruppi.

- 1) Al primo gruppo sono stati consegnati due opuscoli riguardanti la prevenzione AIDS con il compito di leggerli: l'opuscolo con Lupo Alberto "Come ti frego il virus" (Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, Ministero della Sanità) e l'opuscolo della Lega Volontari Anti-HIV e SER.T. dell'AUSL di Ravenna. Passato qualche giorno è stato sottoposto il questionario finale comprendente il RAS e un altro questionario da noi ideato, composto di sei domande a scelta multipla in cui si chiede al soggetto di identificarsi in situazioni che potrebbero metterlo a rischio rispetto alle MST e all'AIDS e di compiere una scelta di comportamento legata alla situazione stessa.
- 2) Il secondo gruppo è stato coinvolto in un programma di educazione alla salute, così come è stato svolto quest'anno dal Consultorio Giovani nelle scuole superiori di Ravenna. Il gruppo è stato condotto da un ginecologo e da una psicologa per 4 incontri di 2 ore ciascuno da fine febbraio a fine marzo 1997. Sono state raccolte le aspettative e le eventuali richieste dei ragazzi ed è stata guardata la videocassetta "Emilio che avrà vent'anni nel 2000" dell'AUSL Città di Bologna, nella quale

vengono intervistati ragazzi delle scuole superiori sui cambiamenti relativi alla crescita, l'identità sessuale, le relazioni sentimentali, la prima volta, la sessualità, l'AIDS, la contraccezione, l'aborto e il Consultorio Giovani. Nel corso degli incontri la videocassetta è stata fermata spesso e si è discusso assieme ai ragazzi cercando di capire se si riconoscevano o meno nelle affermazioni fatte dai loro coetanei di Bologna e che cosa ne pensavano. Alla fine dell'ultimo incontro è stato sottoposto il questionario finale e sono stati distribuiti gadget pubblicitari del Consultorio Giovani.

- 3) Il terzo gruppo ha partecipato al *training* assertivo svolto in 10 incontri di un'ora a cadenza settimanale, tenuti dalla psicologa, dall'inizio di febbraio a metà aprile 1997. "Per assertività si intende comunemente la capacità di fornire appropriate risposte alle varie situazione, nuove o ricorrenti, dell'ambiente sociale. Si tratta quindi di comportamenti verbali e non verbali mediante i quali viene data espressione spontanea e sicura a sentimenti, opinioni e atteggiamenti, che una persona considera appropriati e coerenti" (GALEAZZI 1989). Quindi il *training* assertivo si propone di trasmettere queste abilità sia attraverso la conoscenza, sia attraverso esercizi e *role playing*, cioè giochi di ruolo, in cui vengono rappresentate le varie situazioni in modo da acquisire sicurezza nell'affrontarle poi nell'ambiente reale. È stato preso come riferimento il *training* assertivo di Alberti e Dinetto (1988), con alcune modifiche per adattarlo alla situazione scolastica e all'obiettivo della modificazione degli atteggiamenti e dei comportamenti a rischio legati alla sessualità e alla trasmissione dell'HIV. Nel decimo incontro è stato poi sottoposto il questionario finale e sono stati distribuiti i gadget del Consultorio Giovani.

3. Conclusioni

A tutt'oggi sono stati completati i tre interventi, sottoposti i questionari ed è iniziata l'immissione dei dati in EPI INFO per l'elaborazione. Seguirà pubblicazione.

Bibliografia

- ALBERTI L. E DINETTO A., *Manuale di addestramento affermativo*. Bulzoni Editore, 1988.
- DI CLEMENTE R.J., "Adolescents and AIDS: A Generation". In *Jeopardy*. Newbury Parck, CA, Sage Publication, 1992, citato in *Health Education Quaterly*, vol. 22 (1): 143-148, 1995.
- GALEAZZI A., "Uno strumento per l'assessment comportamentale: il Questionario di Assertività di Rathus (RAS)". *Bollettino di Psicologia Applicata*, 190: 3-12, 1989.

MANNETTI L. E PIERRO A., "Propensione al rischio, prospettiva temporale, *Health Locus of Control* e comportamenti sessuali nei giovani". *Rivista di Sessuologia*, 19 (2): 132-142, 1995.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Educazione alla salute nelle scuole per la prevenzione dell'AIDS e delle malattie sessualmente trasmesse*. Istituto Superiore di Sanità Roma, 10.

YESMONT G.A., "The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors". *Adolescence*, 27, 105, 253-272, 1992.

PREVENZIONE DELL'AIDS E CONTATTO CON LE EMOZIONI: DALLA FORMAZIONE DEGLI INSEGNANTI ALL'EDUCAZIONE TRA PARI

C. Molinari

Unità Operativa per l'Educazione Sanitaria

1. Introduzione

La prevenzione AIDS con i fantasmi, le paure e le negazioni legate alla questione del contagio e ad un'immagine irrealistica del sieropositivo, è profondamente connessa alla dimensione dell'irrazionale. Questa dimensione ci riporta ad un processo formativo che, ancora più di altri settori dell'educazione alla salute, necessita di strumenti psicologici e psichiatrici per comprendere, far emergere, gestire e comunicare l'irrazionale.

Sottolineo "strumenti" e non risposte perché il compito di queste discipline mi sembra soprattutto quello di proporre un metodo e delle procedure. Chi deve trovare risposte, soggettive e sociali, sono i soggetti stessi dell'intervento. In questo senso abbiamo individuato due principi che ci guidano in tutti gli interventi di educazione alla salute:

- far sì che i soggetti dell'intervento siano progressivamente più attivi nell'ambito del progetto stesso, che siano loro a lavorare sui concetti, a "personalizzare" il lavoro, a creare strategie;
- definire un ruolo dell'esperto/formatore che tenda sostanzialmente a creare consapevolezza delle emozioni in gioco (sostenendo l'elaborazione di quelle negative) e a supportare con strumenti concreti e confronto sul campo la creatività dei gruppi con i quali si lavora.

2. Descrizione del progetto

Il progetto ha sviluppato aspetti differenziati nei tre anni di lavoro.

1° anno

Formazione teorica rivolta a insegnanti di sei diversi Istituti Superiori, riguardante aspetti medico/sociali del problema e le tecniche di comunicazione interpersonale più adatte a creare con i ragazzi un clima di fiducia e collaborazione.

2° anno

Supervisione agli insegnanti che conducevano autonomamente interventi con le proprie classi (8 classi per un totale di circa 200 studenti). La supervisione aveva tre compiti:

- individuare con gli insegnanti gli strumenti comunicativi più adatti a far emergere dai ragazzi le variabili emotive/irrazionali relative a: sessualità - diversità - malattia - morte;
- individuare con gli insegnanti modi "personalizzati" per attivare le proprie classi, anche attraverso un ruolo dell'insegnante modellato sulla capacità di incoraggiare la creatività e la libera espressione degli studenti, mettendo da parte la funzione valutativa e quella di trasmettitore e detentore del sapere;
- individuare con gli insegnanti delle modalità per far esprimere e gestire le paure e i fantasmi degli studenti.

3° anno

A tutte le classi che avevano partecipato al lavoro con gli insegnanti (producendo tutti materiali diversificati ed originali) è stato somministrato un questionario volto ad individuare la motivazione a svolgere un'attività di educazione tra pari anche in orario extra scolastico.

Sono stati selezionati in questo modo una quarantina di ragazzi e ragazze di quattro Istituti Superiori.

Anche in questo caso ci si propone di partire dalle idee degli studenti fornendo a tutti materiali e strumenti di comunicazione utili a individuare modalità diversificate di intervento dalla ricerca partecipata, alla comunicazione della propria esperienza formativa ad altri gruppi classe, fino all'individuazione della modalità di invio ai servizi di coetanei più a rischio di contrarre l'infezione (anche a partire, ovviamente, dall'esposizione di altre problematiche).

INFORMAZIONE, FORMAZIONE, PREVENZIONE: “CONOSCERE L’AIDS”

Istituto Tecnico Femminile “F. Selmi”, Modena

1. Introduzione e motivazioni

Il progetto messo in atto dall’Istituto tecnico femminile (ITF) “F. Selmi” di Modena è nato dall’esigenza di fare prevenzione AIDS non più e soltanto per mezzo del normale *curriculum* delle materie di indirizzo delle ultime classi della scuola, ma anche attraverso “un intervento organico” di informazione che ha visto gli studenti, anche dei primi anni, quali partecipanti attivi.

L’*input* iniziale è giunto dai dati epidemiologici che sono stati forniti dal Ministero della Sanità nel convegno tenutosi a Parma l’11-12 dicembre 1995, dai quali risulta che l’epidemia si sta diffondendo in particolar modo tra le giovanissime generazioni e per via eterosessuale. Poiché in tale convegno è stata riconosciuta la scarsa efficacia di interventi esterni di esperti, alcuni docenti hanno pensato di far conoscere l’AIDS attraverso la tecnica dell’insegnamento tra ragazzi di pari età.

La novità del progetto sta infatti nelle varie e particolari modalità di intervento che ha portato studenti ed insegnanti a superare le diversità generazionali ed i ruoli, in momenti di collaborazione e di crescita comune.

2. Obiettivi

Obiettivi generali

- arricchire gli studenti di conoscenze relative ai campi biomedico, psicologico, sociologico attraverso l’approfondimento dei contenuti specifici relativi all’AIDS;
- indurre e modificare atteggiamenti e comportamenti che possono essere considerati a rischio;
- fornire strumenti per vivere meglio e con maggiore consapevolezza la propria sessualità;
- stimolare la motivazione scolastica e l’autostima;
- sperimentare una nuova modalità di intervento che sia mediato anche dai coetanei;
- far maturare negli alunni un maggior senso di solidarietà e accettazione.

Obiettivi specifici

- far svolgere un'attività formativa alle alunne del II e del IV anno;
- dare una nuova opportunità di tirocinio ad alcune alunne del IV anno, da svolgere all'interno della scuola; grazie a questa esperienza potrà essere elaborata una tesina a carattere sperimentale;
- fornire agli studenti un'esperienza "professionalizzante" nel campo degli interventi di prevenzione sanitaria, consona all'indirizzo della nostra scuola.

3. Prima fase del Programma

Il Programma si articolava nei seguenti argomenti:

- aspetti biologici dell'infezione da HIV
- studi epidemiologici relativi alla diffusione storico-geografica dell'AIDS dagli inizi degli anni 80 sino ad oggi
- aspetti di prevenzione
- aspetti socio-relazionali

Il progetto prevede tre fasi:

- 1) interventi nelle classi IV dell'indirizzo biologico
- 2) selezione e formazione di "alunne formatrici"
- 3) intervento di queste alunne nelle classi II

Presentazione del progetto nelle classi IV

Il primo approccio serve sia per presentare il progetto che per richiedere la collaborazione e il coinvolgimento delle classi per la realizzazione dell'intervento.

Fase operativa

Distribuzione di un questionario anonimo utile a verificare le conoscenze e gli aspetti relazionali relativi all'AIDS, che viene compilato immediatamente (per evitare che i dati riportati subiscano influenze di ricerca personale o collettiva) e poi raccolto.

Prima di iniziare gli interventi relativi all'aspetto biologico, epidemiologico, preventivo e socio-affettivo, gli insegnanti, responsabili del progetto, selezionano il materiale, organizzano gli interventi in modo che le varie parti siano organicamente collegate tra loro.

Per rendere il discorso più comprensibile, più leggero, più vicino alla loro realtà e maggiormente accettato ed inserito nel loro vissuto di adolescente, si usano lucidi prettamente scientifici, alcuni dei quali presentati in chiave ironica per stimolare

maggiormente l'attenzione ed incentivare il più possibile il coinvolgimento dei ragazzi.

Presentazione dell'aspetto biologico

Questa parte ha come conduttori gli insegnanti delle materie di indirizzo in qualità di esperti. Prima di parlare del virus HIV l'insegnante introduce l'argomento agganciandosi anche ai contenuti trattati negli anni precedenti quali, ad esempio, la struttura batterica, virale; viene inoltre introdotta la definizione di malattia.

Successivamente si affronta il discorso relativo all'HIV e alla sua diffusione. La discussione e il dibattito sono sempre favoriti.

Raccolta dati relativi al questionario e loro elaborazione. Viene distribuito il questionario nelle varie classi e ciascuna di loro raccoglie e rielabora i dati relativi alla propria classe. Dopo aver diviso ogni classe in quattro gruppi, il lavoro viene svolto nel seguente modo:

- il 1° gruppo lavora sui dati relativi all'aspetto biologico
- il 2° su quelli epidemiologici
- il 3° su quelli relativi alla prevenzione
- il 4° su quelli riguardanti l'aspetto socio-relazionale.

Questo momento, che appare esclusivamente operativo, serve per meglio coinvolgere i ragazzi nell'argomento e offre loro la possibilità di discutere, di conoscersi e di aprirsi maggiormente di fronte ai dati osservati, che poi vengono raccolti e rielaborati dall'équipe preposta a riportare i risultati sui lucidi.

Presentazione dell'aspetto epidemiologico

Questa parte, unitamente a quella successiva relativa agli aspetti della prevenzione, ha come conduttori, in lavoro di compresenza, il Referente e la Dott.ssa Taddia. Come materiali si usano dei lucidi di tabelle, dati e grafici esplicativi relativi all'evolversi dell'epidemia in ordine cronologico dagli anni '80 ad oggi, e grafici riguardanti la situazione internazionale e locale.

Questi lucidi sono stati confrontati con altri lucidi contenenti i risultati elaborati dai questionari inerenti il tema. Il materiale viene presentato in modo interattivo, cioè deve stimolare i ragazzi e renderli propositivi riguardo all'argomento, anche per mezzo di varie interpretazioni, paragoni e, perché no, contraddizioni. Durante questa fase si cerca di non calcare troppo la discussione sugli aspetti negativi per evitare una risposta troppo emotiva (di paura e fastidio); al contrario, si tende a favorire un approccio razionale alla fase successiva riguardante la prevenzione.

Prevenzione

Riallacciandosi ai contenuti biologici ed epidemiologici, ora in possesso dei ragazzi, si cerca di far loro motivare l'importanza della prevenzione e di come essa può essere attuata. L'incontro è condotto in modo informale procedendo cioè con una discussione di gruppo dove i ragazzi debbono partecipare in modo attivo e spontaneo in modo da sentirsi veramente coinvolti.

Durante la discussione si cerca di far emergere tutti gli aspetti comportamentali di prevenzione, dall'astinenza sessuale all'uso del profilattico, nel rispetto di tutte le culture e di tutte le religioni. Per guidare la discussione si utilizzano, oltre ai lucidi, anche i risultati dei questionari ben mirati a tale scopo.

Aspetti socio-relazionali

La commissione ha deciso di far trattare questi aspetti al Dott. Pellegrino in quanto presidente di ASA 97 (associazione volontaria di assistenza ad ammalati di AIDS), medico della Clinica di Malattie Infettive del Policlinico di Modena, persona che ha esperienza per aver attuato numerosi interventi in scuole di Modena e provincia.

Negli incontri preparatori sono forniti all'esperto i risultati dei test relativi a questo aspetto del progetto. Il Dott. Pellegrino incontra gli alunni delle classi IV in un intervento di 3 ore durante il quale parla e fa parlare di solidarietà riportando anche esperienze del suo vissuto con gli ammalati di AIDS, e infine coinvolge gli studenti facendoli recitare in scene di simulazione.

Conclusioni della prima fase e verifica del progetto

I responsabili del progetto si recano nelle classi quarte per un periodo necessario ad un rapido bilancio dell'attività svolta e per raccogliere, indicativamente, le adesioni alle fasi seconda e terza.

Gli alunni devono compilare un questionario di verifica che deve contenere:

- la ripetizione di alcuni test, fra i più significativi, relativi al questionario d'ingresso;
- nuovi test per misurare le ulteriori conoscenze e le modifiche relative alle "intenzioni di comportamento";
- l'indicazione dei punti forti del progetto;
- l'indicazione dei punti deboli;
- eventuali suggerimenti;
- una valutazione numerica (da 0 a 10).

Con l'elaborazione dei dati del questionario di verifica si conclude la prima fase del progetto.

4. Seconda fase

Si ricorda che questa fase consiste nel selezionare e formare quegli studenti che avranno il compito, nella terza fase, di intervenire nelle classi II. Gli aspiranti formatori che danno la loro adesione di massima sono convocati per una prima riunione durante la quale viene loro spiegato più chiaramente quali sono gli impegni e quali dovrebbero essere le caratteristiche (di apertura, disponibilità al dialogo e alla comunicazione) richieste per affrontare l'attività proposta.

Questo porta ad un'analisi personale delle alunne dalle quali emerge un'autoselezione che tende a quantificare il numero degli aderenti al progetto in 16 (questo numero può essere oggetto di variazione nel corso degli anni scolastici) divisi in équipe, ognuna delle quali ha una classe II da "formare". Ad ogni équipe è assegnata una copia di tutto il materiale utilizzato nella prima fase, materiale che deve essere approfondito in gruppo perché poi ciascuno scelga una parte (biologica, epidemiologica, preventiva, sociale) da coordinare personalmente (anche se partecipa tutto il gruppo).

Seguendo un calendario predisposto, fuori dall'orario scolastico, si svolgono una serie di incontri tra la commissione e le varie équipe formate per:

- verificare le conoscenze;
- rielaborare ed arricchire il materiale per adeguarlo agli alunni di seconda;
- esercitare le capacità comunicative attraverso prove simulate.

Previ accordi con l'Azienda USL e con un primario, Prof. Di Rienzo, si tengono altri incontri di arricchimento al Policlinico, sia presso la clinica di Malattie Infettive, dove gli alunni sono seguiti dal Dott. Pellegrino, sia nel reparto di Virologia diretto dalla Dott.ssa Portolani dove sono seguiti dalla Dott.ssa Pietrosevoli e da tutti gli altri collaboratori. In questi incontri gli allievi possono conoscere l'attività ospedaliera e seguire teoria e tecniche di diagnostica riguardanti l'AIDS ed altre patologie virali correlate.

Per ultimo è fornito ai ragazzi materiale relativo alle indagini seguite.

5. Terza fase

La terza fase è caratterizzata dall'intervento delle 5 équipe nelle cinque classi II dell'indirizzo biologico i cui Consigli di Classe (dopo opportuni interventi informativi rivolti a studenti ed insegnanti) aderiscono all'unanimità.

L'intervento segue in linea di massima, le modalità relative alla prima fase che sono:

- distribuzione del questionario che è stato opportunamente modificato;
- attività di gruppo delle classi II, coordinata dall'équipe per elaborare i risultati dei test per fasce tematiche;

- intervento, con la presenza di tutti gli alunni partecipanti, della Direttrice di ASA 97, per stimolare, attraverso la sua esperienza professionale, l'interesse all'argomento;
- interventi: biologico, epidemiologico e preventivo, condotti da tutta l'équipe, ma ciascuno coordinato dall'alunno individuato precedentemente;
- l'aspetto socio-relazionale è visto come momento di discussione conclusiva, pertanto si ritiene utile ed opportuno far riprendere ed approfondire l'aspetto socio-relazionale affidandolo ad una ragazza delle équipe;
- momento di verifica; questa è effettuata con un questionario abbastanza simile a quello utilizzato nella prima fase, ma riadattato per il nuovo scopo;
- i risultati emersi dal questionario sono illustrati agli alunni di II delle rispettive équipe.

6. Considerazioni conclusive

L'intervento degli alunni formatori (fase III), pur seguito con molto interesse, ha il limite di cadere nell'ultima parte dell'anno scolastico, questo però è necessario per poter sfruttare il periodo di sospensione delle attività didattiche che le classi IV utilizzano per il tirocinio.

Gli alunni partecipanti, come già detto, utilizzano tale lavoro come proprio tirocinio e da esso ricavano una tesina che ha come relatori i responsabili del progetto e che risulta quindi di tipo sperimentale.

La commissione, nel valutare i risultati positivi di tutto il progetto, ritiene di riproporlo per l'anno scolastico 1996/'97 nei termini in cui è esposto in questa relazione a tutte le classi IV dell'Indirizzo biologico dell'Istituto "Selmi", allargando l'intervento anche a 2 classi II dell'Istituto Professionale per il Commercio "C. Cattaneo" di Modena, ed a una classe II dell'Istituto Professionale per i servizi sociali "G. Deledda".

La Commissione del Progetto "Conoscere l'AIDS" era formata da Rino Guaitoli, referente all'Educazione alla Salute; Donata Clerici, insegnante di Igiene e Microbiologia; Ilia Taddia, specialista in Biopsicosessuologia; e Patrizia Venturini, insegnante di Lettere.

EDUCAZIONE FRA PARI: UNA PROPOSTA METODOLOGICA PER LA FORMAZIONE DEI LEADER

P. Plazzi

SERT, Azienda USL Città di Bologna

1. Introduzione

L'educazione tra pari, una metodologia usata nel campo dell'educazione alla salute, viene usata da tre anni a Bologna nella prevenzione dell'AIDS, nel quadro di un progetto interistituzionale tra l'AUSL e il Provveditorato agli Studi.

Questa metodologia si articola in tre momenti salienti:

- formazione degli operatori
- formazione dei leader
- intervento nelle classi

Al terzo anno di questa esperienza si è sentita l'esigenza di mettere a punto una proposta formativa più articolata e completa sulla formazione dei leader. Questa proposta è stata elaborata da un gruppo di operatori di diversa professionalità (psicologi, ostetriche, educatori, medici, assistenti sanitari) appartenenti a diversi settori dell'azienda (CSES, spazio giovani, SERT, medicina di comunità).

Il programma formativo è stato concordato con gli insegnanti referenti di educazione alla salute degli Istituti interessati. Ha coinvolto 10 scuole medie superiori, per un totale di 40 classi e 79 leader suddivisi in quattro gruppi.

2. Descrizione del programma di formazione dei leader

Obiettivi

Questo progetto di formazione si è proposto lo scopo di favorire contemporaneamente l'aumento di informazione da fornire ai coetanei, assieme all'aumento delle capacità nel campo della comunicazione, relazione e conduzione dei gruppi.

Gli obiettivi perseguiti quindi sono:

- aumentare il livello di informazioni sull'AIDS, in particolare sulle vie di trasmissione e sulle modalità di prevenzione;
- aumentare la consapevolezza dei propri valori e atteggiamenti rispetto all'AIDS;
- essere in grado di trasmettere le informazioni attraverso l'aumento delle capacità di comunicazione e di lavoro di gruppo;

- conoscere quali sono gli atteggiamenti personali che facilitano o ostacolano l'adozione di comportamenti preventivi.

Metodologia

Si è scelto di utilizzare una metodologia che coinvolga i ragazzi in modo attivo attraverso il lavoro in un piccolo gruppo. Il metodo attivo prevede la partecipazione diretta dei ragazzi che sono chiamati ad esprimersi, a confrontarsi con i coetanei, a discutere insieme i problemi e a prendere decisioni, attraverso strumenti di attivazione (giochi di ruolo, simulate, laboratori di ascolto e gruppi di discussione).

Il lavoro in piccolo gruppo favorisce il coinvolgimento e la partecipazione poiché offre uno spazio sufficiente per far esprimere tutti i ragazzi e facilita i processi di ascolto e l'instaurarsi di un clima di fiducia.

La formazione ha interessato quattro gruppi di leader. Per ciascun gruppo sono stati attivati quattro moduli suddivisi in due giornate di lavoro.

Contenuti

- processi di comunicazione
- comunicazione nel gruppo
- atteggiamenti nei confronti del rischio
- informazioni sull'AIDS

Verifica

È stato valutato attraverso questionari il gradimento dell'esperienza formativa. Al momento tutti gli interventi programmati dai leader sono stati effettuati, utilizzando anche la metodologia proposta in questo momento formativo.

È inoltre previsto un incontro coi leader per valutare le esperienze da loro attivate nelle classi, anche con l'ausilio di questionari mirati a valutare le modificazioni relative alle conoscenze e agli atteggiamenti, somministrati in alcune classi campione.

DIVULGAZIONE NELLE SCUOLE BOLOGNESI DEL SISTEMA INFORMATIVO GEOGRAFICO URBANO (SIGU) PER LO STUDIO DELLA TOSSICODIPENDENZA E DELL'ETILISMO

S. Sabbatani

Divisione Malattie Infettive dell'Ospedale Maggiore, Azienda USL Città di Bologna

1. Premessa

Sergio Nordio afferma che "educazione alla salute" significa trasmissione di sapere elaborato con la coscienza di poter non sapere, anzi di non sapere mai del tutto quello che gli altri sanno e che deve essere sempre "compreso", preso in carico. Sempre secondo l'Autore: "... non c'è cura completa della salute che non sia educazione alla salute".

Perché educazione alla salute e non "educazione sanitaria"?

La differenza è sottile ma c'è, la dobbiamo alla concezione kantiana che ha fatto uscire gli uomini dallo stato di minorità, di incapacità di servirsi del proprio intelletto senza la guida di un altro, non per un difetto dell'intelletto, ma per mancanza di decisione e del coraggio di servirsene come guida (SPINSANTI 1993).

Con l'Illuminismo si postula il passaggio, l'uscita dei pazienti dallo stato di minorità tipico del pensiero ippocratico, ove si riconosce già il concetto di medicina integrata con la pedagogia (pedagogia però ancora intesa come paternalistico insegnamento medico), verso l'entrata della medicina nella moderna visione dove il paziente diventa soggetto, riconoscendogli una conquistata autonomia.

Tra queste due polarità antitetiche il problema è cogliere il punto di equilibrio, e ciò è possibile mediante il "buon essere", tra il paternalismo ippocratico (indebolito nella misura richiesta dalla cultura contemporanea) e l'autonomia di chi non vuole più essere oggetto e chiede, pretende di essere soggetto.

Scendendo nel concreto, prima di scrivere il saggio "Il problema droga a Bologna. Analisi mediante il Sistema Informativo Geografico" e dopo essermi posto l'obiettivo di divulgarlo, non mi ero mai interrogato sulla questione di ciò che in bioetica viene considerato come il "buon essere".

Kant dice: "*considera sempre gli altri, quando fai una cosa, come il fine e non come il mezzo*". Nell'esperienza di divulgazione ho percepito che se non mi ponevo nei confronti dei miei interlocutori (gli studenti) in termini paternalistici, ma tentavo invece di farmi trasmettere il loro sapere, scambiandolo con il mio, forse avrei raggiunto un obiettivo, ovvero mi avrebbero ascoltato.

Da sempre gli adolescenti sono più o meno in crisi (è una condizione para-fisiologica), ma su una cosa pensano di avere le idee chiare: vogliono costruirsi il loro sapere,

vogliono crescere a modo loro, magari possono utilizzare il sapere trasmesso, ma per accettarlo lo vogliono fare proprio, riplasmare, rimodellare. Questo processo di crescita può avvenire se la "conoscenza" è condivisa tra chi la propone e chi decide di appropriarsene.

Nel corso dell'anno scolastico 1996-1997 ho partecipato ad assemblee plenarie scolastiche, organizzate dagli studenti delle Scuole Medie Superiori della provincia di Bologna. Questi incontri avevano come oggetto l'educazione alla salute ed erano indirizzati alla prevenzione dell'AIDS e della tossicodipendenza.

2. Obiettivi dell'intervento

- Divulgazione di una ricerca epidemiologica sulle aree cittadine (di Bologna) a maggiore frequentazione da parte di tossicodipendenti ed etilisti.
- Divulgazione dei dati relativi alle principali caratteristiche epidemiologiche dei tossicodipendenti bolognesi.
- Divulgazione delle informazioni relative alla diffusione dell'AIDS tra i tossicodipendenti di Bologna e provincia e tra gli eterosessuali.
- Divulgazione di informazioni sulle caratteristiche delle principali droghe e sui rischi sanitari e sociali connessi.
- Divulgazione della sintomatologia clinica delle intossicazioni acute e croniche e conseguente divulgazione di strumenti rudimentali diagnostici per il riconoscimento dei principali quadri clinici da parte di insegnanti e allievi.

3. Materiali e metodi

È stata presentata una ricerca iniziata a Bologna nel 1992 e tuttora in corso, denominata: "Il problema droga a Bologna - Analisi mediante il Sistema Informativo Geografico Urbano (SIGU)".

Unitamente ai contenuti della ricerca di tipo sperimentale, presentati però con linguaggio semplice, comprensivo e non specialistico, venivano presentati dati riguardanti le caratteristiche delle droghe più diffuse con particolare attenzione ai quadri clinici concomitanti alla loro assunzione.

Sono stati anche divulgati dati relativi ad aspetti criminologici e sociali secondari all'assunzione di droghe in Italia e nella nostra provincia. Si è valorizzato il fatto di essere stati chiamati dagli studenti, in autonomia dalla gerarchia scolastica, pur dopo l'accettazione del Capo d'Istituto, garantita da lettera d'invito specifica.

Sono stati presentati inoltre casi clinici relativi a soggetti tossicodipendenti ed eterosessuali che hanno contratto l'AIDS perché non hanno seguito comportamenti prudenti (scambio di siringhe, mancato utilizzo del profilattico).

Al termine dell'esposizione dei dati, durante l'assemblea degli studenti, si è aperto il dibattito con il coinvolgimento dei partecipanti che hanno posto domande in un clima informale.

Ad alcune assemblee ha partecipato anche l'esponente di una comunità per il recupero di tossicodipendenti.

4. Risultati

L'esperienza di divulgazione nella scuola ha sortito diversi motivi di interesse.

- Divulgazione di una ricerca epidemiologica, quindi trasmissione di un sapere non frutto di un contenuto di tipo meramente scolastico. Questo aspetto è stato particolarmente apprezzato.
- Diffusione di informazioni sanitarie utili per riconoscere rapidamente i sintomi acuti collegati ad assunzione di stupefacenti.
- Attraverso anche l'esposizione di casi clinici relativi a malati di AIDS (tossicodipendenti e non) diffusione di informazione di tipo preventivo in fasce sociali a rischio (giovani tra i 15 ed i 20 anni).
- Valorizzazione dell'assemblea degli Studenti ove questi possono riconoscersi nel loro ruolo all'interno dell'Istituzione scolastica. Riteniamo questo aspetto sia elemento qualificante e di interesse anche per il rilancio della Scuola in quanto Istituzione aperta al dialogo, attenta ai mutamenti sociali.
- Lo sforzo di utilizzare un linguaggio semplice, non tecnico ed in alcuni casi non formale, ha messo a proprio agio gli studenti, consentendo un dibattito franco.

5. Conclusioni

In alcune scuole si è proposta l'istituzione di seminari e gruppi di lavoro stabili per il corrente anno. Da parte degli studenti c'è stato un dichiarato interesse immediato che però nella sostanza per ora ha avuto scarso seguito.

È possibile che i meccanismi burocratici scolastici condizionino un interesse studentesco non immediatamente condiviso o visto con sospetto dal corpo docente, proprio perché nato in una sede scolastica riconosciuta, ma autonoma: l'Assemblea studentesca.

In una scuola (Liceo) di Bologna si è aperto anche un discorso con i genitori; in questo caso pensiamo ci siano le premesse per proseguire l'intervento anche nel prossimo anno nell'ambito scolastico istituzionale.

Gli interventi meglio riusciti siano stati quelli ove ha partecipato al dibattito anche un ex tossicodipendente: ha portato la sua testimonianza personale del percorso per uscire dalla droga e dei rischi sanitari e sociali secondari all'uso di stupefacenti. Alla luce di questa esperienza si può constatare che la formula migliore, per questo tipo di intervento informativo frontale, è affiancare ad un tecnico anche una figura che porti un'esperienza personale di tipo positivo.

In conclusione, la dimensione che si è instaurata in queste assemblee studentesche ci ha confermato che non è la sola "professionalità" a rappresentare una garanzia di trasmissione di conoscenza, ma piuttosto la capacità di entrare in sintonia, accettando le diversità: questa dimensione ci è parsa la chiave più efficace per penetrare il muro dell'indifferenza.

Dall'esperienza compiuta abbiamo inoltre compreso che la proposta neutra, asettica, professionale, nelle scuole con studenti tra i 15 ed 19 anni non paga, l'approccio pedagogico formale non interessa, annoia. Chi pensa che l'informazione ai giovani nelle scuole debba essere formale e affidata ad insegnanti ammantati dall'alone ufficiale e ad esperti, non riuscirà ad essere convincente, specialmente nei confronti di coloro che sono più a rischio. È su queste persone che l'intervento deve essere calibrato, perché, come l'esperienza insegna, in queste fasce di età, in alcuni ambienti sociali, sono loro gli *opinion leader*.

Le posizioni paternalistiche impediscono di fatto lo scambio, e quindi la crescita e l'educazione alla salute. È attraverso il prendersi carico delle proprie difficoltà e disagi, per risolverli sorretti da una motivazioni autonome, con l'aiuto di esperti e tecnici, che si può pensare di giungere alla comprensione (presa in carico) della propria educazione alla salute.

Bibliografia

NORDIO S., "Quali pensieri in medicina?". *Pluriverso* 1, 5: 109-119, 1993.

NORDIO S., "L'Educazione alla salute come compito dei professionisti sanitari". *L'arco di Giano*, 4: 151-157, 1994.

NORDIO S., "Epistemologia della e nell'educazione medica". In BERTOLINI G. (a cura di), *Diventare Medici*, Milano, 1994.

PELLEGRINO E.D. E THOMASMA D.C., *A philosophical basis of medical practice*. Oxford University Press, 1981.

PELLEGRINO E.D. E THOMASMA D.C., *Per il bene del paziente*. Ed. Paoline, Cinisello Balsamo, 1992.

SABBATANI S. E DI CRESCENZO E., *Analisi mediante il Sistema Informativo Geografico*. Demos, Cagliari, 1996.

SPINSANTI S., *Bioetica in Sanità*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

**“PREVENZIONE DELL’AIDS IN AMBITO SCOLASTICO”
CORSO DI FORMAZIONE PER INSEGNANTI DELLE SCUOLE
SECONDARIE DI 1° GRADO A MODENA NELL’ANNO 1996**

*C. Florini, A. Franca, N. Marzi, D. Rebecchi e A. Riccò
Salute Donna, Azienda USL di Modena*

*L. Grandori
Salute Infanzia, Azienda USL di Modena*

*L. Orlandi
Educazione alla Salute, Azienda USL di Modena*

*M. Pantaleoni
Servizio Tossicodipendenze, Azienda USL di Modena*

*C. Ovi
Provveditorato agli Studi di Modena*

1. Introduzione

La collaborazione fra Scuola e Sanità è attiva da diverso tempo e negli ultimi anni si è consolidata ed ampliata. Lo testimoniano le molteplici attività di educazione alla salute che conduciamo insieme, organizzate in “Sapere & Salute: guida ai progetti rivolti alle scuole” e rivolte alle scuole di ogni ordine e grado della provincia.

Tra i diversi progetti che l’AUSL propone, alcuni sono relativi all’argomento trattato in questo corso:

- prevenzione delle malattie infettive, rivolto ai docenti e non docenti dei nidi, materne ed elementari;
- affettività e sessualità, rivolto a ragazzi, genitori e docenti delle Scuole Medie Inferiori e Superiori;
- prevenzione dei comportamenti di abuso: fumo, alcol, droghe, rivolto ai ragazzi delle superiori;
- prevenzione AIDS e delle malattie sessualmente trasmesse, rivolto a ragazzi, docenti e genitori delle scuole superiori.

I Servizi che si occupano di questi progetti, in base alle competenze specifiche, sono: Salute Infanzia, Salute Donna, Servizio Tossicodipendenze, Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

La programmazione degli interventi è congiunta, prevede una stretta collaborazione e integrazione delle specifiche competenze sanitarie ed educative, e si estrinseca in:

- analisi della situazione e dei bisogni educativi
- individuazione dei destinatari e degli obiettivi specifici
- progettazione
- verifica di fattibilità (vincoli/risorse)
- attuazione
- verifica finale del progetto

La collaborazione/integrazione tra Scuola/Famiglia/Servizi è il criterio che sostiene il nostro operato. All'interno della società la Scuola e i Servizi socio-sanitari affiancano la Famiglia nella crescita e nell'educazione/formazione dei giovani. L'obiettivo "Salute" dei Servizi corrisponde all'obiettivo "Benessere" della Scuola. La prevenzione primaria e secondaria del disagio giovanile/adolescenziale, contenuta in varie leggi, decreti e circolari dei Ministeri della Sanità e degli Affari Sociali, affianca i progetti di dispersione ed abbandono scolastico del Ministero della Pubblica Istruzione. Obiettivo comune e generale che ci accomuna è quello della promozione del benessere psico-fisico-relazionale-sociale, quindi della qualità della vita.

2. Il corso di formazione

Nell'anno 1996 il Provveditorato agli Studi di Modena e l'Azienda USL di Modena hanno organizzato un corso di formazione di base, rivolto agli insegnanti delle Scuole Medie di 1° grado, in materia di educazione alla salute e prevenzione dell'AIDS.

L'esigenza di un intervento rivolto ai giovani per la prevenzione dell'AIDS è espressa ai diversi livelli della Istituzione scolastica e sanitaria: i giovani costituiscono un gruppo potenzialmente a rischio per il virus HIV; la presenza di comportamenti a rischio è ampiamente documentata; si tratta in particolare di rapporti sessuali occasionali e non protetti, e della assunzione di droghe per via endovenosa. Inoltre le nuove terapie farmacologiche, se "non guariscono", prolungano il periodo di sieropositività, in altre parole ritardano il manifestarsi dell'AIDS, quindi si comincia a prendere in considerazione la possibilità che studenti sieropositivi per trasmissione materno-fetale, frequentino le Scuole Medie Inferiori.

La partecipazione degli insegnanti al corso conferma questa esigenza e testimonia la volontà di intervenire precocemente, già nella scuola dell'obbligo, perseguendo obiettivi e adottando metodi adeguati al grado di maturazione e agli interessi di questa fascia d'età.

Il corso di formazione ha la finalità di promuovere l'autonomia dell'insegnante nella gestione di progetti di prevenzione dell'AIDS. In particolare fare sì che l'insegnante sia in grado di: operare attivamente e con competenza; ricorrere in modo pertinente e critico alle risorse messe a disposizione dalla Sanità. L'educazione alla salute è così

inserita nell'attività curricolare scolastica; la Scuola si appropria di una sua competenza, avendo tutti gli strumenti pedagogici e didattici per farlo, superando ogni eventuale delega ai Servizi socio-sanitari.

Progettazione

L'idea e le linee progettuali del corso sono scaturite da un gruppo aziendale che ha coinvolto il Provveditorato agli Studi; l'Educazione alla Salute; le funzioni dipartimentali Salute Donna, Salute Infanzia e il Dipartimento per le Tossicodipendenze dell'AUSL di Modena.

In seguito il *team* dei formatori, suddivisi in tre sottogruppi omogenei per funzione, ha specificato il progetto.

Organizzazione

Il corso di aggiornamento aziendale è condotto da quattordici operatori delle Aree Funzionali Salute Donna, Salute Infanzia, SER.T. dello stesso Distretto sanitario di provenienza dei corsisti.

È realizzato in quattro moduli a Modena, Sassuolo, Vignola, Carpi; ogni modulo è strutturato in cinque incontri, per un totale di quindici ore.

Il corso è coordinato e organizzato dagli uffici di Educazione alla Salute e coinvolge 110 insegnanti della provincia di Modena.

Programma

Il programma del corso è articolato in cinque incontri:

- Il primo fornisce informazioni sull'epidemiologia e sulla trasmissione dell'infezione da HIV.
- Il secondo incontro fornisce informazioni sulle malattie infettive, con particolare riferimento all'infanzia e alle comunità scolastiche.
- Il terzo, quarto e quinto incontro riguardano il progetto di prevenzione in ambito scolastico, in particolare: "Chi?" i soggetti del progetto; "Come?" la costruzione del progetto; "Cosa?" la gestione del progetto.

Questi ultimi incontri, condotti dallo psicologo, prevedono momenti informativi concernenti temi relativi all'adolescenza e alla metodologia dell'azione di prevenzione.

È dato ampio spazio ad un approccio metodologico che vede gli insegnanti soggetti attivi, in situazione di confronto/elaborazione dei propri modelli interni di riferimento.

A tale scopo si utilizzano diverse attivazioni con i seguenti obiettivi:

- favorire la condivisione del clima del gruppo
- riflettere sui pregiudizi relativi al fenomeno AIDS e sulla propria disponibilità a parlare dell'argomento
- costruire proposte di intervento mirate nelle specifiche discipline
- individuare i diversi livelli degli obiettivi informativi, cognitivi, emotivi e comportamentali
- favorire una maggiore competenza nel passaggio dal piano teorico a quello pratico (coinvolgimento sull'analisi delle situazioni contestualizzate)

Valutazione

Alla fine del corso, a tutti i corsisti presenti viene sottoposta una scheda di valutazione anonima, proposta dal Provveditorato agli Studi in tutti i corsi autorizzati con Decreto Provveditoriale, per rilevare con venticinque domande il parere soggettivo dei corsisti riguardo a:

- qualità dell'informazione culturale fornita
- applicabilità delle indicazioni didattiche ed operative presentate
- modalità di svolgimento e organizzazione
- osservazioni e/o suggerimenti
- possibili sviluppi e/o approfondimenti

Dall'analisi delle schede emerge una valutazione di efficacia, in relazione agli obiettivi prefissati.

Complessivamente l'esperienza risulta soddisfacente soprattutto per quanto riguarda la trasferibilità nella pratica didattica e l'organicità delle informazioni. Per una visione più completa si rimanda alla scheda di valutazione in allegato.

A.USL MODENA - EDUCAZIONE ALLA SALUTE
 CORSO: EDUCAZIONE ALLA SALUTE E PREVENZIONE DELL'AIDS
 SCHEDA DI VALUTAZIONE Anno Scolastico 1996 /97

COMPLESSIVA VALUTAZIONE SINTETICA IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI

	molto efficace	efficace	scarsamente efficace	totale
	17	73	1	91
	19%	80%	1%	100%

VALUTAZIONE IN RELAZIONE ALLE MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E ALL'ORGANIZZAZIONE

1. PERIODO DI SVOLGIMENTO	idoneo	non del tutto idoneo	non idoneo	totale
	86	5	0	91
	95%	5%	0%	100%
2. DURATA	eccessiva	sufficiente	insufficiente	
	1	65	19	85
	1%	76%	22%	100%
3. AMBIENTE	idoneo	non del tutto idoneo	non idoneo	
	84	6	0	90
	93%	7%	0%	100%
4. RISPETTO DEL CALENDARIO	buono	sufficiente	scarso	
	63	7	1	71
	89%	10%	1%	100%
5. DISPONIBILITÀ STRUMENTAZIONE NECESSARIA	sufficiente	insufficiente		
	79	4		83
	95%	5%		100%
6. MATERIALE FORNITO	adeguato	non del tutto adeguato	inadeguato	
	79	10	0	89
	89%	11%	0%	100%
7. IMPEGNO RICHIESTO	ben distribuito	troppo diluito	troppo concentrato	
	81	1	7	89
	91%	1%	8%	100%

COMPLESSIVA VALUTAZIONE SINTETICA IN RELAZIONE ALLE MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E ALL'ORGANIZZAZIONE

	molto soddisfacente	soddisfacente	scarsamente soddisfacente	totale
	22	66	1	89
	25%	74%	1%	100%

INFORMAZIONE CULTURALE

	stimolante	adeguata	inadeguata	totale
1. L'INFORMAZIONE CULTURALE FORNITA È STATA	40	51	0	91
	44%	56%	0%	100%
2. LA RICADUTA È STATA A LIVELLO DI				
2.1. CULTURA PERSONALE	stimolante 36 40%	adeguata 55 60%	inadeguata 0 0%	91 100%
2.2. CULTURA PROFESSIONALE	stimolante 38 40%	adeguata 55 59%	inadeguata 1 1%	94 100%
2.3. TRASFERIBILITÀ NELLA PRATICA DIDATTICA	stimolante 29 32%	adeguata 61 67%	inadeguata 1 1%	91 100%
3. L'INFORMAZIONE È STATA	organica 91 100%	disorganica 0 0%		91 100%
Scarsa relazione tra i contenuti proposti		0		
Inadeguato coordinamento tra relazioni/lezioni		0		
Scarsa pertinenza tra titoli e relazioni		0		

DIDATTICA APPLICATA				
1. LA PROPOSTA È STATA	stimolante	adeguata	inadeguata	totale
	42	45	1	88
	48%	51%	1%	100%
<hr/>				
2. IL RAPPORTO TEORIA / PRATICA È STATO	molto teorico	equilibrato	molto operativo	
	0	79	10	89
	0%	89%	11%	100%
<hr/>				
3. VI È STATA OFFERTA DI MODELLI OPERATIVI?	sì	no		
	86	1		87
	99%	1%		100%
<hr/>				
3.1. I MODELLI OPERATIVI PROPOSTI HANNO FORNITO	stimoli per l'innovazione didattica	consolidamento della pratica didattica	scarsa o nulla ricaduta nella pratica didattica	
	66	21	1	88
	75%	24%	1%	100%
<hr/>				
4. VI È STATA OFFERTA DI ESEMPLIFICAZIONI DIDATTICHE ?	sì	no		
	86	1		87
	99%	1%		100%
<hr/>				
4.1. LE ESEMPLIFICAZIONI DIDATTICHE PROPOSTE HANNO FORNITO	stimoli per l'innovazione didattica	consolidamento della pratica didattica	scarsa o nulla ricaduta nella pratica didattica	
	67	19	1	87
	77%	22%	1%	100%
<hr/>				
5. È STATO PROPOSTO IL LAVORO DI GRUPPO?	sì	no		
	87	0		87
	100%	0%		100%
<hr/>				
5.1. IL LAVORO SVOLTO È STATO	produttivo	non del tutto produttivo	improduttivo	
	76	9	0	85
	89%	11%	0%	100%

EDUCAZIONE ALL’AFFETTIVITÀ E ALLA SESSUALITÀ: PROGETTO DI FORMAZIONE PER INSEGNANTI DELLE CLASSI III DELLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO GRADO DELLA PROVINCIA DI MODENA

Operatori del Dipartimento Salute Donna e Educazione alla Salute, Azienda USL di Modena

1. Introduzione

La collaborazione con le scuole è attiva da tempo sulle tematiche dell’affettività e sessualità. Le finalità comuni sono: salute, benessere e qualità della vita; prevenzione primaria e secondaria del disagio giovanile, adolescenziale. I progetti rivolti a studenti, genitori e insegnanti hanno coinvolto la quasi totalità delle scuole modenesi.

Educare alla salute sessuale è un processo il cui fine è quello di facilitare, come ogni altro processo educativo, modificazioni del comportamento. Sull’educazione sessuale si dibatte a livello nazionale ormai da cento anni, sulle differenti concezioni della sessualità - atto fisiologico, sfera intima e personale -, e sui differenti aspetti dell’educazione - informare, formare.

Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento della domanda da parte della scuola ai servizi sanitari. Ciò ha permesso una progressiva maturazione e consapevolezza della necessità di una globale azione educativa e non di interventi informativi.

La sessualità viene a precisarsi nel significato non di condizione anatomico-fisiologica, ma di modo di essere, pensare, comunicare, comportarsi nei confronti di se stesso e con gli altri. L’educazione alla salute sessuale diviene parte della programmazione curricolare, quale aspetto del percorso formativo scolastico. L’educazione alla salute sessuale non può più essere delegata ad operatori esterni alla scuola: deve diventare compito della scuola stessa, con la collaborazione della famiglia e dell’AUSL, tramite i propri operatori qualificati.

Sulla base di queste riflessioni e in considerazione delle diminuite risorse di personale dell’AUSL, gli operatori del Dipartimento Salute Donna di Modena, che da anni svolgono attività di educazione alla sessualità, danno la priorità agli interventi volti alla formazione degli insegnanti nella scuola dell’obbligo.

L’educazione sessuale nelle scuole medie può essere condotta dal corpo docente opportunamente preparato, con la consulenza dell’operatore sanitario. Tale strategia di intervento può portare a risultati positivi in quanto l’insegnante, quale figura educativa significativa di riferimento, già in comunicazione con l’allievo, può garantire la continuità, la gradualità e la sistematicità necessarie al processo educativo.

Nell’anno scolastico 1997/’98 si intende privilegiare il processo formativo con gli insegnanti; l’integrazione delle tematiche nell’attività curricolare; la riappropriazione delle specifiche competenze degli insegnanti e degli operatori sanitari.

2. Descrizione del progetto

Obiettivi

- acquisire conoscenze su sviluppo psicosessuale, modificazioni puberali somatiche e psicorelazionali, malattie sessualmente trasmesse, in particolare l'AIDS
- elaborare strumenti metodologici
- riflettere sui valori e atteggiamenti personali
- analizzare e comprendere la comunicazione insegnante/studenti

Metodologie di conduzione

Relazione, dibattito e discussione, lavoro di gruppo, osservazione dinamiche di gruppo, simulazioni.

Materiale formativo

Attivazioni, unità didattiche, tracce e testi integrali delle relazioni, bibliografia, audiovisivi.

Articolazione del corso in incontri di 3 ore

1° - 2° - 3° incontro operatori/insegnanti

Gli insegnanti realizzano il progetto, contestualizzato, nell'ambito della classe

- Sviluppo psicosessuale e maturazione psicorelazionale
- Cambiamenti somatici e malattie sessualmente trasmesse
- Progettualità e metodologia dell'intervento educativo

4° incontro operatori/insegnanti

- Analisi e discussione dell'intervento educativo condotto dall'insegnante
- Confronto sui contenuti, metodologie ed esperienza soggettiva

5° incontro operatori/studenti

Gli operatori incontrano la classe in Consultorio/Spazio giovani con le finalità del rinforzo e approfondimento.

Verifica finale

La valutazione è condotta dal partecipante in relazione a obiettivi, processo di formazione, organizzazione e produttività, mediante due schede. Osservazione e discussione a cura del team docente.

RAGAZZI E INSEGNANTI INSIEME PER LA PREVENZIONE AIDS. SINTESI DEL CORSO FORMATIVO “AIDS E MALATTIE TRASMISSIBILI”

E. Tosca

SERT, Azienda USL di Piacenza

L. Pampari

ITIS Marconi di Piacenza

1. Obiettivi

Obiettivo del nostro lavoro era raggiungere insieme agli operatori USL il maggior numero possibile di giovani con i quali realizzare interventi informativi/formativi sull'AIDS

In itinere si è delineato un altro fondamentale obiettivo: realizzare questi interventi rendendo i ragazzi protagonisti della loro formazione.

2. Metodo

Gli insegnanti hanno partecipato a un corso di formazione di durata biennale.

Il primo anno (anno scolastico 1994-'95) è stato di carattere propedeutico avendo come obiettivi l'acquisizione di un'adeguata informazione scientifica e la sensibilizzazione sui problemi relazionali nelle dinamiche all'interno del gruppo insegnanti, e in quelle che si instaurano tra insegnanti e gruppo classe.

Nel corso del primo anno si è verificata una "selezione naturale" sulla popolazione degli insegnanti partecipanti al corso, pari a circa il 60%. Siamo così rimaste in otto: otto donne. Chi ha continuato era mossa da un desiderio di fare esperienze nuove sulla prevenzione AIDS realizzabili in classe, avvalendosi del supporto tecnico delle coordinatrici del gruppo: le Dott.sse Molinari e Tosca.

Nell'anno successivo (1995-'96) siamo passate alla fase operativa.

Non avevamo ben chiaro cosa fare, come procedere con la classe. Capivamo che il problema maggiore non stava nei contenuti scientifici da passare ai ragazzi, ma nella gestione dell'attività, cioè nella relazione con i ragazzi stessi.

Abbiamo realizzato con le psicologhe dell'Azienda USL quattro incontri iniziali decidendo, per il proseguimento delle attività, di avere un incontro al mese per confrontarci operativamente tra di noi. Ogni insegnante ha scelto una classe con la quale realizzare il percorso formativo, partendo con la proposta di compilazione di un breve questionario volto a conoscere la reale motivazione degli alunni. Ogni classe

funzionava individualmente e quindi ha formulato un proprio progetto in base alle esigenze rilevate.

Nel corso delle nostre riunioni mensili confrontavamo le esperienze e riformulavamo le tappe successive del lavoro. Lasciando i ragazzi ad una gestione autonoma dell'attività, noi insegnanti capivamo che il nostro ruolo principale era quello di fornire stimoli e strumenti in base alle richieste di ciascuna classe. Queste richieste erano disomogenee tra di loro perché differenziate per età, per tipo di scuola, per sesso, e quindi rappresentavano situazioni operative diverse.

Così, abbiamo avuto una classe che ha lavorato quasi completamente da sola, richiedendo solo riferimenti organizzativi ed informativi, ed altre che hanno invece operato in maggiore interazione con l'insegnante. In questo modo i ragazzi si sono espressi liberamente e con naturalezza, non sentendosi vincolati da alcuno schema.

Di grande aiuto per noi insegnanti sono stati sia il continuo confronto e supporto reciproco, sia la collaborazione delle Dott.sse Tosca, Molinari e Castagnetti.

3. Strumenti

Particolare attenzione è stata posta nella scelta degli strumenti: si voleva infatti favorire l'uso di quelli in cui l'impegno dei ragazzi fosse più attivo e coinvolgente.

Punto di partenza per tutte le classi è stato il questionario per evidenziare i settori di interesse.

Successivamente si è fatto riferimento ai seguenti strumenti:

- attività di discussione aperta a tutta la classe con gli alunni disposti a cerchio
- eliminazione dei banchi
- eventuale formazione di piccoli gruppi di lavoro per approfondire specifici argomenti
- utilizzo di tecniche di *problem solving*, di *simulate* e di *role-playing*
- incontri con operatori direttamente coinvolti
- mini assemblee
- partecipazione a incontri pubblici sul tema
- uso di audiovisivi quali film e diapositive
- utilizzo di computer, rete Internet
- consultazione di testi, pubblicazioni, giornali italiani e stranieri.

4. Verifica

Il 10 maggio 1996 le otto classi coinvolte nell'attività si sono ritrovate con i rispettivi insegnanti e gli operatori USL per confrontare le proprie esperienze.

Pur nella diversità delle attività svolte i dati emergenti sono stati:

- acquisizione dei fondamenti di prevenzione AIDS
- grande protagonismo degli studenti
- mutato rapporto alunni-insegnante: i ragazzi hanno sottolineato una migliore qualità relazionale con l'insegnante che, pur rimanendo nel proprio ruolo, diventa uno strumento attraverso il quale giungere a nuove conoscenze
- acquisizione di un adeguato livello di autonomia, di progettualità personale, di comunicazione, di aggregazione e di progettualità collettiva.

5. Considerazioni

È la relazione che favorisce un nuovo modo di apprendimento, anche di apprendimento della prevenzione dell'AIDS. La prevenzione è intesa come un mutato atteggiamento cognitivo, personale e gruppale, emozionale e di relazione.

Come ulteriore ma importante ricaduta abbiamo notato che i ragazzi hanno cambiato atteggiamento nel relazionarsi con noi insegnanti. Ad una migliore relazione con noi, cioè, è corrisposto di fatto un maggior impegno nello studio, motivato dal desiderio dei ragazzi di mostrare il meglio di sé a docenti che sono diventati affettivamente significativi.

Da un lavoro realizzato da una classe riportiamo: *"... la paura non è calata, è aumentata la guardia. La paura è più focalizzata: si sa di che cosa avere paura. Zanzare non ne girano più"*. La guardia è: conoscere le precauzioni e la loro importanza teorica e pratica.

Hanno partecipato all'esperienza informativa-lavorativa sulla prevenzione AIDS gli alunni del Liceo Classico, dell'Istituto Magistrale, del Liceo Pedagogico, dell'Istituto Professionale per il Commercio, dell'Istituto per Geometri e dell'Istituto Industriale di Piacenza e le loro insegnanti: D. Tiari, B. Vaciago, V. Galeazzi, B. Mutti, S. Serio, P. Barili, E. Bersani e L. Pampari.

ALLEGATO A

RAPPORTO CONCLUSIVO DELL'ESPERIENZA DELLA CLASSE 2^a B

Possiamo elencare ciò che ci è piaciuto e ciò che si poteva migliorare sotto il profilo del contenuto degli incontri e delle discussioni svolte in classe. Dopo queste ultime settimane improntate alla conoscenza dell'AIDS e del virus dell'HIV è necessario affermare che sono state di notevole gradimento la chiarezza e la naturalità con cui si è parlato di argomenti fino a questo momento considerati dei tabù. Grazie al tipo di discussione di gruppo che abbiamo svolto durante le ore curricolari, abbiamo avuto la possibilità di esprimerci liberamente senza essere frenati dalla paura di dire la nostra. Inoltre ci è garbata molto l'informazione scientifica e psicologica che ci è stata fornita sia dalla professoressa di scienze sia dal Dott. Lauri, che ha avuto con noi ragazzi un interessante e utile incontro sui metodi anticoncezionali più in uso in questo periodo. Sono stati anche illustrativi i lavori conoscitivi con l'insegnante di francese, per capire quali fossero i metodi di informazione sul problema AIDS in Francia. Inoltre hanno riscosso molto interesse le lezioni del professore di religione, mirate alla conoscenza del parere della Chiesa sull'uso del profilattico e degli altri metodi anticoncezionali.

Il lavoro svolto non ha interessato esclusivamente l'aspetto scientifico del problema, ma anche i riscontri morali; infatti nelle ore di religione e di italiano ci è stata data un'altra opportunità di espressione con l'ausilio di letture e temi finalizzati ad analizzare gli aspetti sociali del problema.

Ad ogni modo le informazioni forniteci sono state di grande aiuto. Ora sappiamo come comportarci in caso di un rapporto sessuale occasionale e come soccorrere una qualsiasi persona ferita che perde sangue. Abbiamo anche appreso che non dobbiamo emarginare i malati di AIDS, perché il contagio può avvenire solo attraverso precise modalità; è quindi necessario usare un minimo di precauzione per evitare ogni tipo di pericolo.

Però, anche dopo tutto il lavoro svolto, nei confronti di questa malattia è rimasta sempre un po' di paura che, a nostro parere, non sarà mai cancellata fino a quando la scienza non troverà un vaccino per neutralizzare la lebbra del Duemila.

Il modo in cui abbiamo svolto il lavoro è stato molto interessante e coinvolgente in quanto il programma di studio non ci era imposto dal professore e non era predefinito in partenza come invece avviene in molte altre discipline. Abbiamo quindi avuto modo di dare noi la direzione al lavoro in quanto la professoressa ci forniva tutte le informazioni che richiedevamo e noi avevamo la possibilità di commentarle liberamente, senza remore: in questo modo è stato possibile confrontarci sui molti temi connessi con l'AIDS. A mano a mano che il dibattito procedeva venivano a galla i vari punti oscuri ed anche i pregiudizi e i preconcetti che sono stati chiariti e molto spesso aboliti.

Abbiamo poi richiesto l'incontro con un medico ginecologo, che ci ha illustrato i metodi contraccettivi; abbiamo approfondito l'azione del virus HIV ed analizzato a fondo l'aspetto informativo del problema, creando anche una piccola campagna informativa a proposito non solo sui modi di contagio, ma soprattutto sui problemi sociali e sui pregiudizi connessi al virus. Questo è un aspetto che molto spesso viene trascurato e che invece, grazie alla libertà di espressione di cui abbiamo goduto durante le discussioni, è emerso quasi immediatamente vista l'importanza che ricopre nel quotidiano.

Un confronto con il passato e altre opinioni ...

Uno studente che l'anno scorso aveva usufruito per l'AIDS del metodo informativo tradizionale, propone di incontrare un medico che spieghi tutto sui metodi anticoncezionali. A questo ragazzo sembra che l'attività svolta quest'anno sia più coinvolgente e più bella. Lavorare in cerchio è più bello perché si è tutti lì e si guarda in faccia alla realtà. Per qualcuno è scomodo: non c'è il banco.

L'esperienza svolta è dunque senza dubbio positiva ed anzi dovrebbe essere applicata ad altri argomenti con risvolti sociali così evidenti, quali gli alcolici e le droghe.

ALLEGATO B

RAPPORTO CONCLUSIVO DELL'ESPERIENZA DELLA CLASSE 2^a G

Verso la fine di ottobre abbiamo compilato un questionario anonimo per conoscere la nostra motivazione a svolgere attività sulla prevenzione dell'AIDS in ambito scolastico. Il questionario presentava diverse domande: la nostra attenzione si è particolarmente concentrata sulla domanda n° 6 che chiedeva il motivo del nostro interesse.

Ecco le risposte ottenute su un totale di 20 ragazzi:

- | | |
|------------------------------|-----|
| • interesse scientifico | 30% |
| • aspetti sociali | 50% |
| • aspetti psicologici | 20% |
| • coinvolgimento | 25% |
| • desiderio di fare qualcosa | 50% |
| • paura | 65% |

Si può notare che il dato più rilevante è la paura (65%). In classe con l'insegnante abbiamo discusso su questo dato: sono emerse diverse opinioni e ciascuno ha esposto le proprie paure. Pur essendo tutti concordi che il sieropositivo è una persona da rispettare come qualsiasi essere umano, esiste un aspetto psicologico che rende diffidenti e induce ad evitare queste persone, in particolare se sono appena conosciute. Alcuni allievi hanno sostenuto che siederebbero nello stesso banco con un sieropositivo solo se fosse già un loro amico e ben conosciuto. In particolare, un nostro compagno ha avuto il coraggio di portare la propria testimonianza: un giorno un cugino sieropositivo si è presentato in casa sua per una visita, hanno bevuto assieme e quando il cugino se ne è andato il nostro compagno ha provveduto a eliminare il bicchiere.

La paura è stata pienamente giustificata nella nostra classe; difficilmente può essere eliminata perché si tratta di una reazione istintiva. Si può però controllare questa paura attraverso una chiara informazione scientifica: è proprio il lavoro che abbiamo svolto in classe con la professoressa. In particolare, con la proiezione di diapositive relative a vignette commentate dalla professoressa, siamo riusciti a capire con precisione come il virus si trasmette e agisce, e come ci si deve comportare per evitare il rischio del contagio.

Sono stati trattati argomenti di biologia (in programma) quali virus, sangue, immunità, per meglio comprendere come le nostre cellule reagiscono al virus dell'HIV. Abbiamo visto anche il film "Philadelphia" relativo alla problematica trattata. In marzo abbiamo ripetuto il questionario anonimo relativo alla domanda n° 6 ed è risultato quanto segue:

- informazione scientifica 9%
- aspetti sociali 33%
- aspetti psicologici 14%
- coinvolgimento 5%
- desiderio di fare qualcosa 38%
- paura 14%
- altro 48%

Il dato più rilevante, come si può constatare, è la diminuzione della paura. È emerso il desiderio di una costante informazione su un argomento che a noi sembra in evoluzione in senso positivo (anche se si potrebbe arrivare ad un vaccino tra 20 anni); infatti spesso sui giornali compaiono articoli sui progressi raggiunti per le nuove terapie e sulla scoperta di eventuali vaccini. Il nostro coinvolgimento è stato totale e sarebbe nostro desiderio discutere con esperti e con i diretti interessati, per comprendere meglio il loro dramma e poterli eventualmente aiutare.

Un altro valore che ha subito una variazione (diminuendo) è quello relativo all'informazione scientifica: soltanto due di noi non l'hanno trovata sufficiente. La nostra impressione è che, nonostante l'impegno e l'attiva partecipazione, viviamo una realtà diversa da quella delle grandi città: il 99% di noi non ha mai conosciuto un sieropositivo o un malato di AIDS (quale sarebbe la nostra vera reazione?).

Siamo consapevoli che i ricercatori sono attivamente impegnati nella ricerca di una soluzione, di una terapia o meglio ancora di un vaccino e nel loro lavoro ci sono le speranze di 100.000 sieropositivi italiani.

ESPERIENZE DELL'ISTITUTO TECNICO STATALE GEOMETRI "TRAMELLO" DI PIACENZA NELL'ANNO SCOLASTICO 1995/1996

1. Esperienza della Classe 2^a A

Anche noi vogliamo raccontare la nostra esperienza, le motivazioni, le paure e i dubbi che ci hanno accompagnato e ci hanno spinto ad affrontare e ad approfondire un problema così grande come è l'AIDS.

Il tutto ha avuto inizio ad ottobre quando l'insegnante di italiano, prof. Ferrè, ci ha proposto di partecipare ad un concorso indetto dal CIDI dal titolo "Giovani, rischi e salute" allo scopo di verificare le nostre conoscenze riguardo a questo fenomeno che coinvolge molti giovani.

Contemporaneamente un'altra sollecitazione nella stessa direzione ci è pervenuta dall'insegnante di scienze, prof. Serio, che ci ha aiutato ad approfondire e conoscere meglio il problema.

Inizialmente era molto importante interrogarsi se eravamo interessati ad approfondire il problema e per quali motivi, e qui i dati parlano chiaro: avevamo ed abbiamo ancora una grande paura di essere contagiati; infatti il 65% della classe ha manifestato questa motivazione; un'altra motivazione, direi conseguente, era l'esigenza di una informazione scientifica che in effetti nessuno ci aveva mai dato: ed infatti il 60% ha manifestato questa esigenza.

Molti poi erano quelli spinti dal desiderio di fare qualcosa di socialmente utile (56%); alcuni infine, per la verità pochi, avevano manifestato anche altre motivazioni. Quindi erano emersi una paura e un senso di disagio dovuti prevalentemente alla scarsa informazione.

Era opportuno informarsi!

Ma paura di che cosa? Al 1° posto c'era la paura di essere emarginato sia dalla società che, soprattutto, dagli amici; c'era poi la paura di un contagio anche involontario (quindi un senso di impotenza davanti ad una malattia per il momento incurabile) e infine la paura di morire giovani soffrendo.

Queste paure erano dovute ad una scarsa conoscenza del problema; infatti erano molte le domande che ci venivano in mente che a volte sembravano molto stupide, ma alle quali non sempre sapevano dare una risposta corretta: infatti ci siamo accorti che molto spesso i pregiudizi nascondono e falsano la realtà. Abbiamo formulato e raccolto, insieme all'insegnante, una serie di domande alle quali da soli non sapevano dare una risposta. La maggior parte di noi voleva sapere quali fossero i primi sintomi della malattia.

A questo punto è cominciata la ricerca delle risposte alle nostre domande che, a mano a mano che si approfondiva il problema, divenivano sempre più numerose e specifiche.

Come primo approccio al problema abbiamo visto una serie di circa 40 diapositive fornite dal Ministero della Pubblica Istruzione che abbiamo commentato e discusso ad una ad una con l'insegnante di scienze. Con questa esperienza abbiamo fatto un primo passo nella conoscenza di concetti nuovi, trovando molto spesso da soli una risposta alle domande formulate prima di incominciare il lavoro.

In seguito abbiamo visto (utilizzando l'ultima ora del giovedì, giornata particolarmente pesante per quanto riguarda il nostro carico scolastico) ben sette puntate raccolte in una videocassetta intitolata "AIDS - Tutto quello che bisogna sapere" dove un medico, il Dott. Donadel, ha illustrato in maniera semplice ma al tempo stesso molto esauriente, non soltanto i vari aspetti relativi alla malattia, ma soprattutto le fonti di contagio e come evitarla: infatti nel 2000 i malati di AIDS nel mondo potrebbero essere un numero molto elevato; e la maggior parte di questi potrebbero essere gli adolescenti di oggi che si affacciano alla vita, con l'ottimismo e l'incoscienza tipici dell'età. Ma noi non vogliamo essere incoscienti, pensiamo di avere appreso abbastanza per riuscire ad evitare la malattia: lo confermano i dati relativi al questionario di verifica riproposto alla fine del corso.

Le paure continuano ad esserci, forse perché siamo più coscienti dei rischi, è cresciuta in noi la voglia di fare qualcosa di socialmente utile, cioè di aiutare nell'informazione anche gli altri giovani perché non solo sappiano adottare un comportamento adeguato nelle situazioni a rischio che ci possono coinvolgere, ma soprattutto per evitare l'emarginazione dell'ammalato del sieropositivo, motivo di sofferenza morale che si va ad aggiungere a quella fisica. A questo proposito abbiamo elaborato un'attività di gruppo partecipando al concorso "Giovani, rischi e salute" attraverso forme di comunicazione diverse: due racconti, una serie di poster e due storie a fumetti.

Un grosso dubbio oggi quasi ci spaventa: riusciremo a mantenere, in ogni situazione a rischio, un comportamento corretto? In classe sicuramente sì, ma nella vita di tutti i giorni sarà possibile?

A conclusione del lavoro questa è stata la paura più ricorrente e la domanda che ci siamo posti

2. Esperienza della Classe 2^a B

Il titolo che abbiamo voluto dare al nostro lavoro "Tana libera tutti per il virus" sta a significare che, dopo il percorso svolto, abbiamo imparato a conoscerlo (il virus) ed ora pensiamo di saperci difendere da lui.

Il nostro percorso di educazione alla salute è iniziato nell'ottobre 1995, quando la professoressa di biologia ci ha proposto un questionario per conoscere la nostra motivazione ad affrontare i problemi legati alla diffusione dell'AIDS e, più in generale, alle malattie sessualmente trasmesse.

Dall'analisi dei risultati del questionario è emerso che l'87,5% della classe era interessato a trattare l'argomento e alla domanda: "se sei interessato, per quale motivo?", si sono avuti come dati emergenti :

- la paura di contrarre il contagio (67%)
- la necessità di informazione scientifica (46%).

È stato quindi necessario programmare una attività per focalizzare le nostre paure di contrarre il contagio. Abbiamo affrontato il tema discutendo dapprima a piccoli gruppi e, successivamente, tutti insieme disponendoci in cerchio. In questa assemblea ognuno parlava liberamente esponendo le proprie paure e ci siamo accorti che alcune di queste erano comuni a molti componenti della classe. Inoltre sono emersi parecchi dubbi riguardo i rapporti amicizia/lavoro con persone sieropositive. Dopo la discussione abbiamo rappresentato su un cartellone le nostre paure.

L'informazione scientifica, secondo dato emergente del questionario, è stata sviluppata sia con la classica lezione frontale, sia con la visione di filmati e diapositive fornite dal Ministero della Pubblica Istruzione. Naturalmente abbiamo avuto sempre un ampio spazio di discussione per chiarire i nostri dubbi, porre delle domande e soprattutto per confrontare le nostre idee.

Oltre agli aspetti puramente biologici (capacità di difesa dell'organismo, i virus, meccanismo di azione del virus HIV sui globuli bianchi, modalità di trasmissione del virus, ecc.) abbiamo affrontato, sempre con discussioni in cerchio, i seguenti temi:

- prevenzione nei rapporti sessuali e quindi utilizzo del profilattico;
- soccorso ai feriti con la necessità di indossare dei guanti in lattice come gesto non di distacco, ma di rispetto reciproco;
- comportamenti a rischio e cioè la tossicodipendenza e i rapporti occasionali con partner sconosciuti;
- il rischio delle trasfusioni di sangue (1 probabilità su 100.000) come conseguenza del "periodo finestra";
- la trasmissione del virus in gravidanza dalla madre sieropositiva al figlio;

- l'importanza del Test ELISA come mezzo per evitare ulteriori contagi e per iniziare i controlli e le cure mediche;
- la valutazione di altri eventuali rischi di infezione: bacio, punture di insetto, punture in genere.

Dopo questo percorso, alla fine del febbraio 1996 la nostra insegnante ci ha riproposto il questionario iniziale per verificare eventuali cambiamenti.

Dal confronto dei risultati abbiamo osservato che l'interesse a trattare l'argomento è passato dall'87,5% al 100% e che sono aumentati i dati riguardanti gli aspetti sociali e psicologici del fenomeno AIDS. Su questi punti abbiamo intrapreso una discussione dalla quale è emerso che l'AIDS provoca l'emarginazione e la solitudine dei malati a causa dell'ignoranza e dei pregiudizi della gente; inoltre, ritagliando le immagini da varie riviste, abbiamo voluto rappresentare simbolicamente con un *collage* i concetti di:

- solidarietà ed emarginazione
- prevenzione: comportamenti e cambiamenti.

Da questa attività di gruppo sono nati due cartelloni molto variopinti che riassumono le idee di ogni membro della classe. Infine, a conclusione del lavoro, è stato naturale riprendere il tabellone delle "Paure" iniziali per modificarlo (eliminando parzialmente o totalmente quelle ritenute non più valide).

UTILITÀ DEL NOSTRO CAMMINO

PREVENZIONE	RESTRINGERE IL CERCHIO DELLE "PAURE"	- I MALATI: PERSONE CHE ANDREBBERO AIutate - NON CADERE NEL MARE DELL'INDIFFERENZA
-------------	--------------------------------------	---

Ora che abbiamo preso coscienza del problema AIDS pensiamo di impegnarci, nell'ambito della nostra scuola, a diffondere quanto imparato per sensibilizzare i nostri compagni e per combattere l'ignoranza.

Infine una riflessione: durante questo lavoro non solo abbiamo trovato risposte e soluzioni alle nostre domande e ai nostri dubbi sull'AIDS, ma abbiamo avuto la possibilità di conoscerci meglio attraverso il confronto: abbiamo conosciuto di più i professori ed è cambiato anche il rapporto con loro. Concludendo, possiamo affermare che è stata un'esperienza sicuramente formativa, oltre che informativa.

ESPERIENZA DEL LICEO CLASSICO "M. GIOIA" CLASSE III LICEO SEZIONE C

Innanzitutto vorremmo spiegarvi perché abbiamo deciso di trattare insieme a scuola il tema dell'AIDS. Ad essere sinceri l'idea è partita dalla nostra professoressa, ma noi l'abbiamo subito appoggiata con entusiasmo perché ci siamo accorti che, nonostante il problema fosse attuale e molto importante, noi non ne sapevamo quasi niente e le poche informazioni che avevamo erano piuttosto confuse.

Dal test che abbiamo fatto poi è emerso che ciò che veramente ci spingeva ad interessarci era la paura irrazionale che nutrivamo nei confronti dell'AIDS e che credevamo di poter facilmente sconfiggere parlandone insieme e approfondendo le nostre conoscenze. Questo ci offriva inoltre la possibilità di applicare lo studio alla realtà e già pensavamo di utilizzare questa nostra ricerca per renderci utili agli altri anche se ancora non sapevamo come.

L'organizzazione del nostro lavoro si è basata soprattutto su una scelta pratica: l'argomento era molto vasto e presentava aspetti diversi. Per poterli approfondire bene come avevamo intenzione di fare e per permettere a ciascuno di noi di occuparsi dell'argomento che più interessava, abbiamo deciso di dividerci in gruppi. Questo metodo ci ha permesso di fare economia di sforzi e di rendere il tutto più vivace, dinamico e coinvolgente. Ci siamo così suddivisi il lavoro: la parte più consistente di noi si è occupata dell'aspetto medico-biologico; il secondo gruppo ha analizzato le problematiche sociali; il terzo ha preso in esame il campo giuridico; ed un originale quarto gruppo si è occupato di come stampa, musica, mass-media e pubblicità affrontano il tema dell'AIDS e più in particolare della sieropositività e della prevenzione.

Tra noi c'è stata molta collaborazione soprattutto nella raccolta delle informazioni che si è rilevata forse il momento più impegnativo, anche perché non volevamo trascurare nessun particolare.

Secondo un calendario prestabilito abbiamo poi comunicato agli altri i risultati del nostro lavoro cercando di rendere gli interventi incisivi, chiari ed interessanti e di coinvolgere il più possibile i compagni di ricerca rendendoli partecipi delle nostre idee e delle nostre sensazioni. In questo ci ha aiutato moltissimo l'utilizzo di lucidi (che illustravano statistiche, poesie, test proposti dal Ministero e non, e simpatiche vignette), di musica e di un video realizzato da un coraggioso gruppo di noi.

A questo punto orgogliosi e soddisfatti ci sentiamo abbastanza esperti e pronti per renderci utili agli altri. Poiché per una serie di coincidenze si era aperto uno spazio in cui l'argomento poteva essere trattato, abbiamo tenuto insieme una mini-assemblea a scuola. Questo è stato per noi un momento molto importante che ci ha fatto sentire

protagonisti e allo stesso tempo ci ha permesso un confronto diretto con gli altri studenti: infatti non ci siamo presentati nei panni di esperti, ma ci siamo posti in una condizione di parità poiché il nostro intento non era tanto quello di istruirli quanto di suscitare la loro curiosità e spingerli ad interessarsi al problema. Nonostante ci fosse molta collaborazione tra noi, abbiamo avuto qualche difficoltà tecnica soprattutto perché il nostro pubblico aveva paura di intervenire; così, presi dal panico, non accettavamo i momenti di silenzio che invece dovevamo interpretare come pause di riflessione e quindi tendevamo a fare domande e a risponderci poi da soli. Il risultato è stato comunque positivo e possiamo dire di essere riusciti nel nostro intento.

Un altro frutto del nostro lavoro è stato un questionario di indagine per saggiare le conoscenze in materia e sollecitare l'interesse dei nostri colleghi più grandi che però non abbiamo ancora proposto.

A conclusione di tutto questo lungo lavoro ci siamo sottoposti di nuovo al test di partenza scoprendo che la nostra attenzione si rivolge ora non tanto al campo dell'informazione scientifica, bensì a quello della ricerca (tanto che siamo diventati divoratori di notizie) e agli aspetti più propriamente psicologici. Si è fatto in noi quindi ancora più grande il desiderio di compiere qualcosa di socialmente utile applicandoci nel campo della prevenzione e dell'informazione, un po' come abbiamo fatto con la nostra mini-assemblea.

Forse la paura che avevamo nei confronti dell'AIDS, e che è stata il motore della nostra ricerca, non è stata completamente sconfitta come pensavamo di poter fare all'inizio, ma comunque è cambiata ed è diventata più consistente e razionale.

Concludendo ci sentiamo di affermare che tornando indietro rifaremmo volentieri di nuovo tutto questo lavoro.

CHE COSA È PER TE L'AIDS? ESPERIENZA DI LAVORO IN SEI CLASSI DEL LICEO SCIENTIFICO DI REGGIO EMILIA

A. Zannini, G. Nicotra e G. Samaritani
SERT, Azienda USL di Reggio Emilia

1. Obiettivi

- Dare informazioni sull'infezione HIV dal punto di vista biologico come unità didattica nell'ambito dell'insegnamento di biologia.
- Rilevare il pensiero ed il vissuto degli allievi nei confronti dell'AIDS con elaborazione di un breve tema su traccia prestabilita.
- Discutere in gruppo ed elaborare le tematiche emerse utilizzando strumenti come il *brain storming*, la simulata o la riflessione in sottogruppi.

2. Popolazione

Sono state attivate sei seconde classi del Liceo Scientifico di Reggio Emilia per un numero totale di 195 ragazzi di età media 15 anni, all'inizio dell'anno scolastico 1995/'96. L'esperienza è stata seguita da sei insegnanti di materie scientifiche che hanno preparato le classi sull'argomento HIV dal punto di vista biologico. Il gruppo esterno del SERT era composto da 1 medico, 2 educatrici, 1 psicologo, 1 assistente sociale ed ha sempre funzionato da supporto all'insegnante.

3. Metodologia

Sono stati organizzati diversi momenti di incontro:

- programmazione dell'intervento insieme agli insegnanti;
- momento di informazione con gli insegnanti sul tema HIV condotto dal medico con l'aiuto di materiale illustrativo, da riportare poi nelle classi;
- lezione in classe tenuta dagli insegnanti;
- elaborazione di un breve pensiero sull'AIDS seguendo una traccia prestabilita;
- lettura degli elaborati da parte degli insegnanti;
- riflessione comune con gli insegnanti sui contenuti più significativi;
- due incontri con il gruppo esterno di circa due ore scolastiche, con ciascun gruppo classe in presenza dell'insegnante;

- riproposta dello stesso tema, con la medesima griglia prestabilita, nelle stesse classi, a distanza di tempo.

La richiesta di un intervento formativo sull'AIDS è arrivata direttamente al SERT dal Consiglio d'Istituto della scuola che aveva già organizzato il gruppo di insegnanti volontari che vi avrebbero partecipato. È stato abbastanza complicato inserire il progetto all'interno del normale orario di lezione delle varie classi.

Gli insegnanti stessi hanno richiesto un aggiornamento sulla storia naturale dell'infezione, sui dati epidemiologici della diffusione HIV in Italia e nel mondo, sulla prevalenza delle categorie contagiate, sulle modalità di trasmissione dell'infezione.

È stato dedicato poi un incontro al solo tema della prevenzione e specialmente alla necessità di stimolare il cambiamento dei comportamenti negli adolescenti e di parlare di AIDS in termini di promozione della salute e non come malattia.

Gli insegnanti hanno inserito nel corso di biologia alcune lezioni sui virus in generale, dal punto di vista morfologico, sulle vie di trasmissione nella popolazione e sull'attività biologica di questi, sul come impedire la trasmissione di alcune forme virali fra cui l'HIV, soffermandosi sulle necessità di modifica di stili di vita e sull'utilizzo di precauzioni nelle pratiche sessuali.

Si è poi chiesto agli studenti di esprimere un loro pensiero con un breve elaborato dal titolo "Che cosa è per te l'AIDS", che poteva essere svolto su una traccia così strutturata:

- perché pensi si parli così spesso di AIDS in TV, sui giornali, fra la gente?
- se ne parla in casa tua? Se sì, cosa ne pensano i tuoi familiari?
- ne parlate con gli amici?
- pensi che l'AIDS possa influenzare il tuo stile di vita nei prossimi anni e in quale modo?
- cosa pensi di dover fare o che dovrai fare per evitare il contagio?
- se scopri o scoprirai di avere come amico, come compagno di lavoro o semplicemente come conoscente un sieropositivo ad HIV, quale pensi sia o potrà essere il tuo atteggiamento nei suoi confronti?
- considerazioni libere.

4. Risultati

Tutti gli studenti hanno svolto il tema in un'ora e gli elaborati sono stati raccolti in modo anonimo, in un unico contenitore per tutte le classi. Nessun alunno si è rifiutato di seguire l'esperienza; anzi tutti si sono dimostrati interessati e coinvolti, compreso il gruppo insegnante.

Molti elaborati riportavano pensieri ridondanti; ricorre spesso lo stereotipo della malattia che colpisce solo le categorie a rischio come tossicodipendenti e omosessuali, e viene manifestata grande sicurezza nei confronti dell'AIDS con frasi del tipo *"a me non succederà mai ..."*.

Il problema AIDS è sentito da tutti lontano da loro e dai loro stili di vita; un solo studente riporta la sua forte esperienza nel gruppo di simulazione. In diversi elaborati è stata esplicitata la paura della morte, la paura del solo contatto fisico e anche amicale con il sieropositivo per HIV.

Nelle famiglie, tranne alcuni sporadici casi, non si parla di infezione HIV (parlarne significa per tanti genitori ammettere che i propri figli abbiano una loro vita anche sessuale) e, laddove se ne parla, il discorso è focalizzato all'AIDS come conseguenza di abuso di stupefacenti.

Gli atteggiamenti nei confronti del sieropositivo hanno evidenziato tendenze estreme: da un lato il desiderio di tutela e di custodire queste persone in luoghi protetti dalle dicerie delle persone (un modo comunque per tenerli lontano dalla società) e dall'altro un atteggiamento pietistico *"di tutto a loro è dovuto"*.

Per molti studenti colui che contrae l'AIDS è un *"colpevole"*, specialmente se tossicomane o omosessuale; per alcuni la necessità di prendere sempre precauzioni nei rapporti sessuali è il fulcro del problema, dimostrando almeno una maggiore attenzione: ed è proprio su questo che si è concentrata l'attenzione nel lavoro dei gruppi classe.

Nella seconda parte dell'intervento, il lavoro nei vari gruppi classe ha avuto l'obiettivo di cercare di avvicinare di più il problema agli allievi facendo loro simulare e poi discutere scenette che avevano come tema la prevenzione dell'infezione: le relazioni amicali e famigliari, con persone HIV.

Si è per esempio simulato un incontro di amici che discutevano come si usa il profilattico; oppure di due vicini di casa che avevano scoperto che nell'appartamento a fianco aveva traslocato una famiglia con un genitore sieropositivo; oppure l'incontro di due vecchie amiche di cui una riteneva di essere immune dall'AIDS perché prendeva la pillola anticoncezionale. In tal modo procedeva la discussione classe per classe.

Molto toccante è stata la rappresentazione di un'allieva che in modo del tutto spontaneo ha chiesto di poter simulare con un compagno di classe il suo rapporto di amicizia con un amico di famiglia sieropositivo in fase terminale, portando così un grosso contributo in termini di solidarietà e tranquillità nei rapporti con persone affette.

5. Conclusioni

L'AIDS porta inevitabilmente con sé contenuti altamente emotivi (la paura, la morte, il contagio ...) che allontanano la consapevolezza e la capacità di affrontare il tema in termini di promozione della salute e di prevenzione.

Secondo quanto è emerso, troppo poco se ne parla in termini di promozione della salute e di prevenzione, e in termini educativi, sia nelle famiglie sia nella scuola dell'obbligo. L'educazione sessuale è ancora troppo orientata - specie nelle famiglie - al controllo della procreazione piuttosto che al difendersi da infezioni di vario tipo.

Riteniamo inoltre importante la rete di supporto all'insegnante su questi temi e non la delega allo specialista esterno, in quanto è l'insegnante che durante tutto l'anno scolastico dovrebbe trasmettere nelle varie occasioni didattiche messaggi preventivi e stimoli di riflessione su tali temi.

Il progetto è ancora in corso per la valutazione degli elaborati, a distanza di un anno dalla prima stesura.

**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA NEL
SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

Collana "DOSSIER"

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990. (*)
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990. (*)
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991. (*)
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991. (*)
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991.
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992. (*)
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992. (*)
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992. (*)
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso il CDS alla data del 5 ottobre 1998

15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna.* 1991, Bologna, 1993. (*)
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna,* 1991, Bologna, 1993. (*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari,* Bologna, 1993.
18. *Venti anni di cultura per la prevenzione,* Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna* 1992, Bologna, 1994.
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna.* 1992, Bologna, 1994. (*)
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro.* 1986-1991. 2 volumi, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna.* 1989-1992, Ravenna, 1994. (*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali.* Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna* 1993, Bologna, 1995. (*)
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna.* 1993, Bologna, 1995. (*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994,* Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali.* Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1996. (*)
28. *Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza,* Ravenna, 1996. (*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP,* Ravenna, 1997. (*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari,* Ravenna, 1997. (*)
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina;* Ravenna, 1997. (*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella,* Ravenna, 1997. (*)

33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998. (*)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998. (*)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998. (*)
38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998 (*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998 (*)

Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983. (*)
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia*, Vignola, 1983. (*)
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984. (*)
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984. (*)
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.

12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986. (*)
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989. (*)
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990. (*)
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990. (*)
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991. (*)
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992. (*)
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993. (*)

34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età, Carpi (MO), 1993. (*)*
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna, Bologna, 1993. (*)*
36. *Salute e ambiente, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2, Bologna, 1994. (*)*
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale, Fidenza, 1994. (*)*
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna, Rimini, 1994. (*)*
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative, Ravenna, 1994. (*)*
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi, Parma, 1995.*
42. *I tumori in Emilia-Romagna, Modena, 1997*

Collana "MATERIALI"

1. *Contaminazione microbica degli oli lubrificanti da taglio, Bologna, luglio 1985.*
2. *Sicurezza del lavoro: evoluzione normativa e funzioni di vigilanza, Bologna, febbraio 1986.*
3. *Commissione tecnica regionale per i problemi della prevenzione nei luoghi di lavoro, Programmazione e organizzazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro. Orientamenti e proposte secondo il Piano sanitario regionale, Bologna, febbraio 1986.*
4. *Valutazione medico legale del danno uditivo da rumore, Bologna, marzo 1986.*
5. *Educazione alla salute e prevenzione nei luoghi di lavoro, Bologna, aprile 1987.*
6. *Iniziative legislative in materia di prevenzione, Bologna, settembre 1988.*
7. *Le indagini parlamentari sulle attività di prevenzione, Bologna, febbraio 1990.*
8. *La rete di prevenzione dei rischi produttivi, lavorativi ed ambientali. Le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro in Emilia-Romagna (1989), Bologna, agosto 1990.*
9. *Le patologie professionali da vibrazioni. Aspetti preventivi, penali, assicurativi, Bologna, gennaio 1991.*
10. *Programma regionale degli interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, Bologna, febbraio 1991.*

11. *Produzione e commercializzazione di prodotti alimentari surgelati*, Bologna, maggio 1991.
- 11a. *Programma regionale "Neoplasie". Linee di indirizzo tecnico-scientifico per l'attuazione del 2° Piano sanitario regionale*, Bologna, settembre 1992.
12. *Norme di polizia mineraria per cave a cielo aperto ed acque minerali e termali nella Regione Emilia-Romagna*, (Ristampa aggiornata) Bologna, aprile 1994.
13. *Strategie di controllo della malattia neoplastica in Emilia Romagna. I registri tumori e gli screening*, Bologna, aprile 1994.
14. *Programma di gestione informatizzata dei dati di attività in edilizia inerenti la sicurezza*, Bologna, luglio 1994.
15. *I formaggi prodotti in Emilia-Romagna. Valutazione igienico-sanitaria, aspetti tecnologici e legislativi*, Bologna, luglio 1994.
16. *Protocollo controlli di qualità su apparecchi portatili con intensificatore di brillantezza e catena televisiva (IBTV)*, Bologna, dicembre 1994.
17. *Raccolta normativa sugli apparecchi a pressione. Esclusioni ed esoneri*, (Ristampa aggiornata) Bologna, settembre 1996.
18. *Normativa sulla raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati*, Bologna, agosto 1996.
19. *Apparecchi ed impianti a pressione di vapore e di gas. Obblighi e competenze per installazione ed esercizio*, Bologna, settembre 1996.
20. *Raccolta della normativa regionale inerente l'AIDS*, Bologna, settembre 1997.
21. *Igiene e sicurezza sul lavoro. Norme e sanzioni*, Bologna, novembre 1997.