



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Nuove possibilità di Rete. La prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti di oggi

Relatore

Ch. Prof. Alessandro Battistella

Laureando

Francesca Bollettin

Matricola 829403

Anno Accademico

2013 / 2014

INDICE

<i>Introduzione</i>	5
---------------------------	---

PRIMA PARTE

La Rete del territorio nella Prevenzione

1. L'Adolescenza e la Prevenzione

Basi teoriche ed operative	11
1.1 L'adolescente: punti di riferimento e punti di rottura.....	11
1.2 La logica della Prevenzione.....	15
1.2.1 <i>La Promozione della Salute</i>	18
1.2.2 <i>La Rete dei Servizi per la Prevenzione</i>	20
1.2.3 <i>Classificazioni e tassonomie</i>	22
1.3 Il Rischio e la Protezione in Adolescenza	23

2. I Comportamenti Sessuali a rischio negli Adolescenti31

2.1 Adolescenza e Sessualità: come orientarsi	32
2.2 Le Malattie Sessualmente Trasmissibili	36
2.3 La Rete della Prevenzione nei comportamenti sessuali a rischio.....	40
2.3.1 <i>La Famiglia</i>	41
2.3.2 <i>La Scuola</i>	43
2.4 Due Progetti di Educazione alla sessualità e di Prevenzione alle MST	46
2.4.1 <i>“Tra dire e il fare...”</i>	47
2.4.2 <i>“Cosa ne sai”</i>	56

SECONDA PARTE

La Rete dei media e del *web 2.0* nella Prevenzione

3. Il paesaggio dei media:

profilo tecnologico, opportunità e fragilità	81
3.1 I vecchi e i nuovi media.....	83
3.2 La bacheca dell'adolescente nativo digitale	87
3.2.1 <i>On-line e off-line nella Rete del cyberspazio</i>	91
3.2.2 <i>Lo “spettatore” e il “commentatore”</i>	94
3.2.3 <i>La trasformazione dei messaggi in esperienze</i>	95
3.3 Il profilo dell'adolescente Nativo Digitale	96

3.3.1 <i>Identità e corpo digitale</i>	97
3.4 Le nuove sfide della Prevenzione.....	100

4. Verso una prevenzione strategica

dei comportamenti sessuali a rischio	103
4.1 In breve: pubblicità, <i>fiction</i> e teatro.....	107
4.1.1 <i>La televisione</i>	108
4.1.2 <i>Il teatro</i>	111
4.2 La Rete territoriale incontra la Rete 2.0: esperienze ed opinioni	113
4.3 La Prevenzione e Promozione 2.0 della Salute Sessuale.....	117
4.3.1 <i>Media&Peer Education</i>	119
4.3.2 <i>Facebook e Twitter</i>	121
4.3.3 <i>I Blog e le Community</i>	123
4.3.4 <i>Le App</i>	124

<i>Conclusioni</i>	127
--------------------------	-----

<i>Appendice</i>	131
------------------------	-----

<i>Bibliografia</i>	141
---------------------------	-----

<i>Sitografia</i>	143
-------------------------	-----

INTRODUZIONE

Prevenzione e Adolescenza. Due parole che appartengono al linguaggio corrente di coloro che operano nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari. Indicano chiaramente le azioni e soprattutto le direzioni del loro lavoro. Compiendo una breve disamina sul significato, la *prevenzione* rimanda all'opportunità di agire sulle origini dei problemi anziché sulle loro conseguenze,¹ l'*adolescenza*, invece, individua la fase di passaggio e di transitorietà tra l'infanzia e la vita adulta che tutti i soggetti attraversano.²

L'intento di questo lavoro è di offrire uno spazio di riflessione teorico ed operativo rispetto al tema della Prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti di oggi. Infatti i contributi teorici illustrati nei quattro Capitoli saranno integrati con riferimenti alla prassi operativa.

L'interesse per questo argomento ha preso avvio dalla partecipazione al Progetto di ricerca-azione "Cosa ne sai" sul tema del virus dell'HIV/AIDS e delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST), finanziato dal Ministero della Salute e condotto dall'Università Cà Foscari di Venezia. Il Progetto mi ha permesso di condurre alcuni *focus group* nei ragazzi tra i 14 e i 18 anni nel territorio della provincia di Padova. Tale esperienza ha evidenziato quanto gli adolescenti di oggi si presentino come desiderosi di conoscere, di approfondire e di confrontarsi rispetto le loro esperienze in ambito affettivo e sessuale. A conferma di questo, la pratica sessuale oggi assume per ragazzi e ragazze un posto normale nel contesto delle relazioni interpersonali. Pertanto, una scelta consapevole circa la propria sessualità risulta fondamentale per l'adolescente poiché, al contrario, ogni situazione di rischio mette in pericolo la possibilità di giungere ad una piena realizzazione delle sue potenzialità psico-fisiche.

Intendendo approfondire la materia preventiva nell'ambito dei rischi sessuali negli adolescenti, ho partecipato ad un'ulteriore Progetto di educazione alla sessualità: "Tra dire e il fare..." condotto dall'èquipe dall'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 17 (A.Ulss17) nelle scuole superiori del territorio della provincia di Padova. Questa occasione mi ha permesso di sperimentare gli attuali programmi di prevenzione dall'Azienda sanitaria, constatando la loro idoneità nell'affrontare globalmente le

¹ Misesti P. (2008), *Per una nuova prevenzione*, ed. la meridiana premesse, per il cambiamento sociale, Bari.

² Fabbrini A. e Melucci A. (2007), *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, Milano.

tematiche connesse ai comportamenti sessuali a rischio, ma riscontrando come gli stessi ragazzi e le ragazze richiedessero sempre maggiori informazioni in materia di MST e sui comportamenti sessuali. Lo confermano anche i risultati ottenuti dall'analisi dei *focus group* del Progetto "Cosa ne sai": i/le ragazzi/e sostengono che oggi non riescono a trovare canali validi per raccogliere informazioni e notizie relative all'argomento in esame.

Per questo motivo ho cercato di individuare una possibile strategia di prevenzione efficace (rispetto agli obiettivi prefissati), efficiente (nel rapporto costo e benefici), ma soprattutto che fosse congruente con la dimensione linguistica ed emozionale dei ragazzi di oggi: i nativi digitali, la generazione 2.0 e *touch*. Questo è stato evidenziato anche da una piccola parte della Ricerca esplorativa sull'uso dei Social Network, condotta nell'ambito del corso di "Statistica sociale per le politiche socio-sanitarie".

Pertanto l'idea di un utilizzo formativo ed educativo della rete internet e delle nuove tecnologie quale canale privilegiato per l'informazione e la comunicazione immediata, completa, partecipata e condivisa sulle MST e sul virus HIV/AIDS. Quindi, un *setting* innovativo nell'ambito della prevenzione, in grado di integrarsi e di aggiungersi agli attuali Progetti territoriali.

Se questo strumento possa essere davvero efficace rispetto ad un materia così delicata, lo si è cercato di indagare attraverso alcune interviste qualitative a testimoni privilegiati della rete dei Servizi e non solo, proprio al fine di delineare una "Nuova possibilità di Rete" territoriale e del *web 2.0*.

Come si può notare il lavoro è stato suddiviso in due parti, volendo focalizzare l'attenzione sull'omonimia della parola "Rete" nel suo duplice significato.

Infatti il titolo "Nuove possibilità di Rete", allude alla "Rete del territorio nella Prevenzione", più precisamente ai Servizi che operano in una logica di rete (Prima Parte) e alla "Rete dei media e del *web 2.0* nella Prevenzione" intesa come rete di connessione internet (Seconda Parte).

Nella Prima Parte del Capitolo 1 si illustrerà la materia della Prevenzione e della Promozione della salute sessuale rispetto alla fase adolescenziale, come passaggio di crescita e sviluppo evolutivo. Nel Capitolo 2, invece, si entrerà nel tema dei

comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti, descrivendo due Progetti di prevenzione attuati nel territorio: “Tra dire e il fare...” e “Cosa ne sai”.

Dal Capitolo 3 si svilupperà la seconda parte del lavoro che verterà nell’analisi delle caratteristiche e delle opportunità del *web* 2.0. Questo strumento è in grado di porsi in mezzo tra gli interlocutori e quindi capace di modificare la comunicazione e gli schemi cognitivi dei nativi digitali. Per ultimo, nel Capitolo 4, verranno argomentate le concrete possibilità nella prevenzione offerte dai vecchi media, dalla televisione, dal teatro e dai nuovi media, dai social network e App.

Attualmente con questi presupposti, la Prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio si presenta davanti a nuove sfide: si richiede alle agenzie educative di cambiare punti di vista, di sviluppare risposte coerenti e congruenti sul piano metodologico ed operativo. L’intero lavoro si presenta quindi, come un punto di partenza rispetto alle potenzialità dei nuovi media come possibili strumenti di prevenzione, al fine di una programmazione sempre più efficace rivolta agli adolescenti di oggi.

Ringraziamenti

Desidero Ringraziare innanzitutto l'Università Cà Foscari di Venezia e il Professore Alessandro Battistella per la possibilità alla partecipazione del Progetto di ricerca-azione "Cosa ne sai". Ringrazio inoltre coloro che hanno contribuito a questo lavoro, in particolar modo la Dott.ssa Monica Rizzo e tutti i professionisti dell'Azienda Ulss17. Infine ringrazio sentitamente i miei genitori, Matteo e Giacomo, il mio fidanzato, la mia futura collega Francesca, tutta la mia famiglia allargata ed amici.

PRIMA PARTE

La Rete del territorio nella Prevenzione

CAPITOLO 1.

L'ADOLESCENZA E LA PREVENZIONE

BASI TEORICHE ED OPERATIVE

Il fine di questo lavoro è quello di ipotizzare una chiara e certa configurazione concettuale, metodologia ed operativa per una prevenzione sempre più efficace rivolta agli adolescenti di oggi. Dunque il primo passo da compiere è proprio quello di approfondire i significati dei termini: Adolescente, Prevenzione, Fattori protettivi e di rischio, Rete dei Servizi territoriali. I paragrafi che seguono cercheranno di offrire un contributo teorico ed operativo rispetto a questi ambiti, al fine di riconoscere e circoscrivere l'oggetto di studio, gli obiettivi che si intendono raggiungere e le motivazioni che sostengono queste scelte.

1.1 L'Adolescente: punti di riferimento e punti di rottura

Può sembrare questione scontata porsi il problema di definire l'adolescenza o l'adolescente, poiché immediatamente queste parole evocano mondi già noti dell'esperienza quotidiana. Tuttavia il recente interesse sociale e scientifico nei confronti dell'adolescenza ed in particolare del comportamento a rischio in questa fase di età, ha integrato la letteratura già esistente, proponendo nuovi orientamenti e significati.

Innanzitutto, come in tutti i lavori in materia si cerca di stabilirne i confini temporali.

L'adolescenza rappresenta il periodo caratterizzato dal transito dall'infanzia all'età adulta, intesa come meta finale, stabile e punto di arrivo evolutivo. Si pone quindi l'accento sullo sviluppo, attraverso un susseguirsi di fasi di età, diventando centrale la dimensione temporale del passato che si lega al presente ed al futuro. Inoltre spesso oggi si parla di sottofasi nell'adolescenza: la pre-adolescenza e la tarda-adolescenza.

Si sostiene che il protrarsi di questo periodo della vita sia dovuto ai cambiamenti intervenuti nella società contemporanea, i quali hanno allungato la durata della permanenza in famiglia, degli studi e l'entrata nel mercato del lavoro è diventata maggiormente difficoltosa. Da precisare inoltre che in Italia, a partire dalla crisi

economica finanziaria del 2008, la situazione si è fortemente inasprita per quanto riguarda il rapporto giovani e indipendenza³: alcuni giovani adulti infatti continuano a mantenere uno stile di vita simile a quello adolescenziale, anche se non soggetti a precoci comportamenti a rischio e quindi di progetti di prevenzione. Questi ultimi non verranno perciò presi in considerazione in questa analisi, ma piuttosto si farà riferimento alla fase adolescenziale intesa convenzionalmente tra i quattordici e i diciannove anni⁴.

Come sia caratterizzata questa fase di età e come i cambiamenti che avvengono siano visibili, la letteratura in materia si è particolarmente impegnata elaborando diverse teorie; tuttavia ogni principale approccio privilegia uno specifico punto di vista⁵. Pertanto coloro che si rapportano quotidianamente con gli adolescenti, hanno cercato di giungere ad un modello unitario al fine di delimitare la propria azione professionale.

I diversi attori della Rete dei Servizi definiscono questa fase come un semplice periodo vitale, in cui vi avvengono specifici processi di trasformazione in grado di investire la dimensione mentale, corporea e le relazioni con gli altri e con la realtà circostante. Proprio attraverso questi mutamenti, si rendono visibili nuove organizzazioni della vita personale, cognitiva e delle relazioni sociali. Un percorso evolutivo esclusivo dunque, al punto che appare più opportuno parlare di adolescente piuttosto che di adolescenza in generale, poiché le variabili in gioco sono molteplici, sia personali sia sociali e fra loro

³L'istituto Nazionale di statistica (ISTAT), fornisce costantemente una fotografia della situazione italiana. Rispetto ai giovani, a Settembre 2014, i disoccupati o in cerca di lavoro tra i 15-24 anni corrispondono a 42,9%. Il 59,4% dei giovani tra i 15-34 anni sono ancora studenti. Invece la permanenza nella famiglia di origine riguarda il 93,8% dei maschi e l'87,1% delle femmine tra i 18-24 anni.
<http://www.istat.it/it/>, <http://www.istat.it/it/files/2014/10/InfograficaGiovani1.pdf>, ultimo accesso 13 Dicembre 2014.

⁴Rossi, E. (2013), *Adolescenti, promozione e prevenzione*, Franco Angeli, Milano.

⁵ *Il modello psicoanalitico* (S. Freud 1856-1939) vede l'adolescenza come il momento di ingresso nella sessualità adulta; questo momento produce una ristrutturazione del mondo intrapsichico del soggetto, che sarà proprio nella vita adulta. *La psicologia cognitiva* di J. Piaget (1896-1980) invece, ha definito lo sviluppo del bambino attraverso il succedersi di fasi: senso-motoria, delle operazioni concrete e delle operazioni formali. Ognuna di essa è stata suddivisa in ulteriori stadi o sottofasi. Dunque si considera l'adolescenza come il momento dell'ingresso nello stadio delle operazioni formali, quanto l'individuo inizia a pensare per ipotesi, giungendo alla distinzione tra pensiero e realtà. Infine, il contributo di E. Erikson (1902-1994) appartenente alla *prospettiva psico-sociologica*, descrive i cicli di vita nella loro sequenza maturativa dipendente da aspetti cognitivi, psicodinamici e al sistema dei valori. In questa prospettiva l'adolescenza si configura come il passaggio dalla famiglia al gruppo dei coetanei, con l'assunzione, da parte dell'adolescente, di nuovi ruoli. Fabbrini A. e Melucci A. (2007), *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, Milano, pp. 16-17.

interagiscono producendo diverse implicazioni nello stesso momento di crescita, aspetto che verrà approfondito nei prossimi paragrafi.

Come riportato dalle psicologhe Silvia Bonino e Elena Cattelino [2008]⁶ lo sviluppo umano è caratterizzato da un continuo adattamento tra l'individuo e l'ambiente attraverso la costante ricerca dinamica di un equilibrio; la spinta all'equilibrio assume particolare rilevanza nei periodi di transizione e l'adolescenza costituisce proprio quel periodo di passaggio evolutivo, ma anche di sospensione, che vede la realizzazione di un nuovo bilanciamento all'interno dei contesti di vita di ragazzi e ragazze. Secondo la psicologia, ciò che permette il passaggio alle fasi successive è il superamento di numerosi compiti di sviluppo⁷ che, come fine ultimo, consentono l'elaborazione e la costruzione di una propria identità distinta e definita, in grado di porsi nei confronti della realtà in modo autonomo, coerente e responsabile. Inoltre, l'adolescenza si presenta come prova emblematica della capacità del singolo nell'affrontare e superare il cambiamento: tutto il ciclo della vita è caratterizzato da continui momenti di trasformazione. Difatti l'individuo, indipendentemente dall'età, possiede una pulsione al cambiamento e la capacità di farvi fronte è proprio il risultato di un allenamento avuto nella fase adolescenziale.

Tutto questo per l'adolescente non è facile e non lo è nemmeno per coloro che gli stanno a fianco (famiglia, scuola e comunità). Spesso gli adulti parlano di "crisi adolescenziale" intendendola come un momento carico di tensioni e di rischi, per cui l'adolescente inquieto, diffidente, in guerra col mondo, immaturo e silenzioso può essere protetto e contenuto, oppure lasciato libero di sperimentare la propria indipendenza. In realtà, la testimonianza riportata durante un'intervista al Medico

⁶ Bonino S. e Cattelino E, (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoterapeutici di intervento sul rischio e sulla salute*, Erikson, Trento.

⁷ Con l'espressione *compiti di sviluppo* si intendono specifici problemi evolutivi, caratteristici anche delle fasi dell'adolescenza. La buona soluzione di un compito di sviluppo conduce l'individuo a una condizione di benessere e ad un rapporto equilibrato con il contesto sociale. Ad esempio, i compiti di sviluppo dell'adolescente sono: in rapporto all'esperienza della pubertà e della maturazione sessuale; in relazione all'allargamento degli interessi personali e sociali; compiti di sviluppo rispetto alla problematica dell'identità e della riorganizzazione del concetto del Sé. Il fallimento di questi, porta a sentimenti di malessere, insoddisfazione per l'individuo e di conseguenza disapprovazione da parte della società, tuttavia la maggior parte degli adolescenti affronta adeguatamente tali compiti perché si presentano uno alla volta e non tutti allo stesso tempo, poiché molti complessi. Bonino S. e Cattelino E, (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoterapeutici di intervento sul rischio e sulla salute*, Erikson, Trento, pp. 18, 40, 41.

Psichiatra Giancarlo Zecchinato, responsabile dell'Unità Operativa Complessa Dipendenze dell'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 17,⁸ evidenzia come il lavoro clinico con gli adolescenti conduce a risultati positivi se si è in grado di costruire con loro un rapporto di fiducia reciproco, capace di empatia, ascolto e di confronto. Il Dott. G. Zecchinato, sottolinea infatti come dalla sua esperienza, questi ragazzi in “crisi” si presentino anche come desiderosi di conoscere, hanno voglia di condividere le loro opinioni, aprendosi ed accettando il confronto; essi hanno voglia di mettersi alla prova, vogliono crescere ed entrare nell'esperienza della vita con determinazione, vorrebbero inventarsi una bella vita perché continuano a pensare, ad osservare e ancora a pensare sul loro ruolo nella società di oggi. Questa prospettiva, di un'adolescente apparentemente inconsapevole e con la voglia di costruirsi un futuro tutto suo, evidenzia come in questo momento della vita sia centrale la dimensione educativa, affinché ragazzi e ragazze possano costruirsi un futuro sicuro e sano. Questo perché nella loro crescita possono intraprendere diversi percorsi, avendo differenti possibilità di azione in base delle loro caratteristiche personali, ed opportunità offerte dai contesti di vita in cui fanno esperienza. Tuttavia, alcuni di questi percorsi possono configurarsi come maggiormente a rischio, esponendo ragazzi e ragazze ad elevate probabilità di compromettere il loro sviluppo presente e futuro. Necessaria è quindi un'educazione come costante investimento consapevole da parte della società, nell'individuare soluzioni creative al fine di offrire all'adolescente nuovi punti di riferimento, attraverso la formazione di valori, conoscenze e atteggiamenti corretti per la salute fisica e psicologica, stimolando la capacità critica e l'autovalutazione rispetto a comportamenti a rischio, e soprattutto nella conoscenza delle motivazioni che spingono l'adolescente a determinate azioni. L'opportunità di rivolgersi all'adolescente deve essere intesa dai principali attori istituzionali ed educatori come scelta strategica prioritaria per anticipare e prevenire situazioni problematiche, compromesse e di disagio tra i suoi giovani cittadini. Il termine “disagio” nasce infatti dalla combinazione del termine “*agio*” e dal suffisso “*dis*” che ha valore negativo ed indica soprattutto mancanza di fattori di protezione personale. In alcuni casi si potrebbe anche sottolineare la carenza di

⁸ Il Dott. Giancarlo Zecchinato attualmente è il responsabile da molteplici anni dell'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Dipendenze dell'A.Ulss17 nella Bassa Padovana. Nella sua lunga esperienza ha avuto modo di approfondire l'età adolescenziale rispetto al suo sviluppo ed ai possibili comportamenti a rischio, come raccontato durante un'intervista proprio per l'elaborazione di questo lavoro.

completi interventi preventivi scolastici, familiari e provenienti dal contesto sociale, in grado di offrire a ragazzi e ragazze strumenti idonei ed adeguati per affrontare le richieste e i cambiamenti della vita quotidiana, al fine di contrastare, modificare o annullare del tutto le probabilità del comportamento a rischio.

Tutto questo induce a riflettere. Coloro che si occupano di giovani e giovanissimi dovrebbero proprio partire da queste constatazioni, coinvolgendo per primi gli stessi adolescenti: sono loro i destinatari, è su di loro che si vuole prevenire il rischio ed il futuro disagio.

1.2 La logica della Prevenzione

Il termine prevenzione viene definito letteralmente nel Dizionario della lingua italiana come: *“un’azione diretta ad impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati e dannosi.”*⁹

Scomponendo la definizione proposta, nel significato di prevenzione ritroviamo subito il riferimento all’azione, ad un’agire per impedire che si realizzi qualcosa, solitamente di negativo, di rischioso e di dannoso. Quindi un’azione intenzionale, motivata e finalizzata verso uno scopo. Prevenzione anche come protezione o mantenimento di uno stato accettabile di agio, come benessere individuale. Cercare di evitare fattori considerati a rischio, cogliendoli in anticipo; un modo di vedere la realtà e una riflessione che nella prassi operativa si esprime in un orientamento di fondo consapevole per gli stessi professionisti. Pertanto, prevenzione intesa come un processo di trasformazione individuale, medico-sanitaria, psico-sociale e culturale, che si esprime nei sistemi complessi di vita.

Da come si può intuire la questione della prevenzione è più complessa di quello che si possa pensare. Per questo, di seguito, si cercheranno di argomentare molto brevemente i quattro macro contesti appena elencati (personale, medico-sanitario, psico-sociale e culturale), al fine di circoscriverne l’argomento.

Ogni persona nella propria quotidianità adotta atteggiamenti, a volte inconsapevoli e routinari, al fine di proteggersi da probabili rischi. Ad esempio, evitare certi alimenti perché considerati poco sani, fare regolarmente attività sportiva oppure semplicemente non recarsi in alcuni posti a precisi orari poiché considerati poco sicuri;

⁹ Devoto G. e Oli G. (2000), *Il Dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze.

queste sono tutte azioni volte ad anticipare o impedire un probabile stato dannoso. È interessante osservare quante volte si presti attenzione alle conseguenze delle azioni, scelte a volte contrassegnate anche da incertezza e paura. Oggi infatti si sta assistendo al crescente interesse da parte di *mass media* e quindi di particolari istituzioni politiche, nel diffondere notizie e fenomeni sociali con un linguaggio ed immagini che suscitano nella popolazione stati d'animo di precarietà, insicurezza, angoscia e paura, come ad esempio nella questione immigrazione.¹⁰ Tuttavia, questo lo si ritrova anche nei Servizi medico-sanitari e psico-sociali.

Infatti, il termine prevenzione, nato e largamente utilizzato per lungo tempo proprio in campo clinico, appare connotato soprattutto da interventi legati a situazioni di emergenza, a volte accompagnati da intenti repressivi, di contenimento e di controllo sociale.¹¹ Nello specifico, l'attività di prevenzione in campo medico implica la capacità di osservare in maniera chiara l'oggetto da combattere. Ad esempio, l'oggetto di interesse è la malattia, quindi attraverso gli *slogan* e la campagna di comunicazione viene conosciuta dai cittadini ("*Uniti contro l'AIDS*"¹²), in quanto vi è la possibilità di prevedere gli eventi che si vogliono evitare proprio attraverso la rilevazione di indicatori, definiti "fattori di rischio" e quindi di individuare le azioni più adatte per evitare l'insorgere di possibili conseguenze negative per la salute dell'individuo. Come si può notare, la prevenzione in questo modo consiste anche nell'attivazione di modalità e quindi di azioni in grado di impedire, o ritardare, la comparsa di uno stato patologico. L'applicazione dello stesso concetto in campo psico-sociale si presenta con caratteristiche diverse. Tuttavia è da precisare come nella collaborazione tra il settore sanitario e sociale si configuri un passaggio strategico al fine del raggiungimento del

¹⁰ In sociologia si fa riferimento al "razzismo istituzionale e popolare" come quell'atteggiamento di tolleranza zero che si è diffuso a partire dai contesti politici ed economici nei confronti di vecchi e nuovi immigrati. Basso P. e Perocco F. (2003), *Gli immigrati in Europa. Disuguaglianze, razzismo, lotte*, Franco Angeli, Milano.

¹¹ Fino agli anni Settanta, nella discussione scientifica e nell'elaborazione teorica delle scienze sociali, il tema del controllo sociale viene inteso come prospettiva e modalità di azione allo scopo di gestire socialmente i bisogni dei cittadini, rispondendo alle esigenze espresse. Successivamente, il controllo sociale viene sostituito nella sua prospettiva psico-sociologica di intervento preventivo. Cappellini Vergara F. (2011), *La promozione del benessere nella famiglia, nella scuola e nei servizi. Dal caso alla rete*, Franco Angeli, Milano.

¹² Campagna istituzionale dell'Istituto superiore della Sanità per la lotta contro l'Aids 2013-2014, sulle misure di prevenzione del virus. La campagna si rivolge alla popolazione generale e alle categorie con comportamenti ritenuti a maggior rischio.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=aids, ultimo accesso 16 Dicembre 2014.

benessere globale della persona; infatti la prevenzione in materia socio-sanitaria è tanto più efficace quanto più si attua un'integrazione tra i due sistemi, attraverso un lavoro multi-distrettuale e multi-professionale.

In ambito psico-sociale, negli ultimi decenni, si è assistito ad un crescente interesse per il tema del "rischio" e quindi della sua prevenzione. I fattori di questa attenzione sono riconducibili allo stesso modello operativo del settore: dare risposta ai problemi e alle esigenze di cui sono portatori i cittadini.

L'integrazione degli immigrati, il bullismo, la dipendenze da internet, il ricorso frequente al suicidio, sono temi che richiedono sempre più attenzione da parte di coloro che si occupano di prevenzione in campo sociale. Ciò ha spinto il settore sia ad una ricerca e studio costanti dei fenomeni, sia ad una maggiore riflessione rispetto agli interventi attuati in efficacia (raggiungimento degli obiettivi prefissati) ed efficienza (nel rapporto costo-benefici). Infatti, se l'ambito medico si basa su uno schema di lettura lineare del problema/malattia, il campo psico-sociale non consente una previsione in maniera certa e deterministica del manifestarsi dei fenomeni, proprio perché caratterizzato dalla complessità degli eventi, delle sue variabili ed inoltre dall'imprevedibilità delle risposte soggettive di ciascun individuo. Dunque, per il professionisti del campo sociale, la prevenzione è un modo di essere, prima ancora di agire: ovvero la capacità di vedere oltre, di anticipare gli atteggiamenti e comportamenti. Non concentrando gli sforzi sulle cause, ma piuttosto osservando ed ascoltando le motivazioni che muovono l'azione nella comunità, con lo scopo di individuare specifiche alternative razionali in grado di produrre effetti benefici. Questo è possibile grazie all'utilizzo di metodologie, risorse, strumenti che permettono il realizzarsi di una strategia preordinata, di un'azione esplicita, di un progetto di prevenzione in cui il "fare prevenzione" si esplicita in una forza preventiva capace di tenere sotto controllo i fattori di rischio e di disagio, e di incrementare i fattori protettivi dell'agio, come ampliamene verrà illustrato successivamente.

Infine, facendo riferimento al contesto culturale e sociale, si dice che questo abbia una precisa corrispondenza con gli interventi preventivi attuati. Questa relazione in effetti si realizza proprio attraverso i processi di trasformazione visibili nel medio-lungo periodo all'interno delle relazioni del sistema sociale. Dagli addetti ai lavori questi cambiamenti sono intesi come una trama sostanziale dell'intervento preventivo,

poiché si presentano come il più valido metro di misura per definire, nella protezione dai rischi, un'azione diretta, chiara e concreta, tale da produrre effetti verificabili sulle condizioni e situazioni della stessa popolazione. La prevenzione infatti è ormai riconosciuta come strumento indiscutibile, atto a costruire una formula di vita modellata e associata sui possibili squilibri dell'individuo, sia che si tratti di consolidare realtà esistenti per consentire una risposta più equilibrata alle condizioni, sia che si cerchi di agire in una situazione di rischio già evidente.¹³ La prevenzione, come una delle tante aree in cui agiscono i professionisti sociali e sanitari, si configura in questo caso con un compito sociale determinato: non solo per rispondere alle esigenze delle persone nella loro socialità ma anche e soprattutto, essa rappresenta una possibilità di costruzione di modelli di riferimento nuovi, di una cultura sociale o meglio di una cultura della prevenzione, in cui la popolazione si fa protagonista attiva del proprio cambiamento. La meta è quindi la costruzione di una società fondata sul benessere, sulla promozione della salute e sull'impegno sociale, capace di realizzarsi proprio grazie all'impegno delle agenzie di socializzazione primarie che sono quindi in grado di estendere indirettamente e direttamente la propria azione preventiva all'ambito delle funzioni politiche e sociali del paese.

Ma cosa si intende concretamente con i concetti di “società del benessere” e di “promozione della salute?” Nelle prossime righe si cercherà di rispondere a queste domande in relazione alla materia in oggetto, la prevenzione.

1.2.1 *La Promozione della Salute*

Attualmente gli interventi in campo sanitario, sociale, psicologico ed educativo sono sviluppati in una duplice direzione: alla prevenzione e alla promozione intesa come del benessere, oppure della salute o infine promozione sociale.

La letteratura da tempo cerca di dare una risposta esaustiva su cosa si intenda rispettivamente per prevenzione e cosa invece per promozione, ma ogni tentativo di semplificazione è difficile e riduttivo. Si potrebbe affermare che la differenza tra i due termini appare più concettuale che sostanziale. Molti studiosi infatti convergono nel ritenere che la prevenzione del disagio sociale e la promozione del benessere possano

¹³ Rossi, E. (2013), *Adolescenti, promozione e prevenzione*, Franco Angeli, Milano.

essere considerati come parti inscindibili di un'unica tipologia di intervento, o meglio come *due lati della stessa medaglia*:

“[...] Infatti sia la prevenzione del disagio, sia la promozione del benessere tendono a potenziare i fattori protettivi o ridurre i fattori di rischio. Nel caso della prevenzione si punta principalmente l'azione sui fattori di rischio, nel caso della promozione l'azione è maggiormente rivolta ai fattori protettivi.”¹⁴

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.)¹⁵ si è espressa rispetto alla questione, intendendo i due concetti come sinonimi. Dunque, migliorare la qualità di vita è promozione della salute che, pertanto, previene forme di disagio sociale. Infatti la prevenzione avviene proprio attraverso il potenziamento di risorse e forze individuali e ambientali. Quindi, per avere maggior chiarezza si potrebbe affermare che la distinzione va ricercata nelle “modalità di azione”. la promozione, puntando principalmente sui fattori protettivi, non ha l'obiettivo di ricercare i comportamenti considerati errati, ma ha il compito di sollecitare lo sviluppo delle risorse e delle competenze psicologiche e sociali al fine di promuovere maggior benessere. La prevenzione, invece, rivolgendosi al disagio interviene nei comportamenti di rischio, “tutela sociale dal disagio”, potendo anche indirizzare la sua azione anche a persone con disagio manifesto, con azioni di “tutela sociale del disagio”.

Tuttavia alcuni esperti hanno espresso alcune critiche proprio rispetto alle stesse modalità di azione dell'attuale modello, sia di promozione della salute e sia di prevenzione del disagio. Ad esempio, sostengono che la promozione si rivolga esclusivamente a gruppi “privilegiati” di individui con già risorse personali, sociali ed economiche, definendo le azioni “inutili”. Oppure affermano che i progetti di promozione della salute si pongano obiettivi poco realizzabili, con una visione troppo ottimistica ed utopica della realtà. Alla prevenzione invece accusano interventi volti alla

¹⁴ Misesti P. (2008), *Per una nuova prevenzione*, La meridiana, premesse per il cambiamento sociale, Bari, pg. 31.

¹⁵ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) è stata istituita nel 1948 ed è l'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie. Vi aderiscono 194 membri in tutto il mondo e l'Italia ha aderito ufficialmente l'11 Aprile 1947. L'obiettivo dell'OMS è “*il raggiungimento del più alto livello di salute di tutte le popolazioni*”.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale, data ultimo accesso 16 Dicembre 2014.

mera distribuzione di informazioni e a volte con sole intenzioni di “cura” rispetto ai gruppi vulnerabili.¹⁶

Il dibattito quindi rispetto ai due concetti continua ancora oggi, tuttavia è certo come non sia possibile esaltare o svalutare un concetto rispetto all’altro in quanto risultano avere pari valore. Inoltre, a prescindere dall’approccio e dalla metodologia utilizzata, non è possibile trascurare il fattore promozionale all’interno degli interventi preventivi. Si potrebbe ipotizzare di conseguenza una dicotomia “prevenzione-promozione” come appartenenti alla stessa faccia della medaglia, se il fine è la realizzazione di un disegno più ampio e complesso. Integrare le due dimensioni attraverso il riconoscimento esplicito del rischio e quindi con la sollecitazione e valorizzazione delle risorse e delle competenze dell’individuo, aumentando così le capacità di controllo e di protezione, per favorire scelte consapevoli sulla propria salute.

1.2.2 La Rete dei Servizi per la Prevenzione

L’interesse di questo lavoro è quello di fornire strumenti teorici per l’elaborazione di una prassi strategica nella prevenzione. Parlare di pratica senza però collocarsi nel territorio e quindi nel contesto all’interno del quale si attuano gli interventi, risulterebbe solamente una dichiarazione di intenti tutto ciò che è stato presentato nelle righe precedenti, poiché non contestualizzato.

L’idea della prevenzione accompagna da sempre il lavoro sociale, nonostante appaia maggiormente un’impostazione medico sanitaria come accennato precedentemente. Sanità e sociale orientano il proprio lavoro su alcuni principi comuni evidenziando la presenza di una connessione, di una comunicazione, anche se a volte non esplicitata. I due sistemi condividono infatti la dimensione del concetto di salute inteso come benessere della persona fisico, mentale, sociale e spirituale e non come assenza di malattia o infermità.¹⁷ Sanitario e sociale insieme si presentano infatti come una strategia operativa che consente risultati difficilmente raggiungibili da parte di un solo soggetto o di un insieme di istituzioni. Questa è la logica della Rete, come

¹⁶ Misesti P. (2008), *Per una nuova prevenzione*, La meridiana, premesse per il cambiamento sociale, Bari.

¹⁷ Definizione adottata nella Costituzione dall’Organizzazione Mondiale della Sanità che vede quindi la salute come diritto fondamentale per l’individuo nel suo contesto di vita. Pellai A. e Marzorati P. (2007), *Educazione alla salute. Standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, Franco Angeli, Milano.

connessione di medesimi Servizi per uno stesso ambito in specifiche aree territoriali. Dunque un lavoro di équipe di competenze professionali diverse, una dimensione collettiva nell'approccio alle tematiche della Prevenzione e della Promozione alla Salute al fine di ottenere una visione complessiva, moltiplicando le risorse a disposizione. Tutto questo attraverso un metodo unitario, un'integrazione socio-sanitaria istituzionale, gestionale e professionale che lavora consapevolmente nelle direzioni della prevenzione, per rendere disponibili agli adolescenti opportunità di sviluppo e di crescita sane.

La Rete della Prevenzione nella Regione Veneto oggi si costituisce di Dipartimenti di Prevenzione collocati nel territorio: essi sono una struttura tecnico-funzionale presente in ogni Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria (A.Ulss) della Regione, nello specifico in Veneto sono presenti un totale di ventidue Dipartimenti.¹⁸ La *mission* dei professionisti si esprime nel fornire risposte unitarie ed efficaci alla domanda della popolazione proprio attraverso interventi integrati di prevenzione e di promozione al benessere. Tale organizzazione rispecchia coerentemente i principali obiettivi contenuti sia nella Costituzione Italiana, in cui si riconosce “*la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e nell'interesse della collettività [...]*”¹⁹ quindi come responsabilità pubblica ed obiettivo generale; sia nella normativa nazionale e regionale, quindi il Piano Sanitario Nazionale e l'integrante Piano Nazionale di Prevenzione ed il rispettivo Piano Sanitario e di Prevenzione da adottare a livello Regionale.²⁰

Dunque, ne segue che con queste disposizioni diventa irrinunciabile la metodologia dell'intervento a Rete nell'area della prevenzione e della promozione della salute, come *forma mentis* per tutte le figure professionali e non solo come insieme di teorie o

¹⁸ <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/la-rete-di-prevenzione-regionale>, 18 Dicembre 2014.

¹⁹ Comma 1, art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana.

²⁰ A livello istituzionale, nell'ambito della salute e della prevenzione, lo Stato ha il compito di pianificare il Piano Sanitario Nazionale (PSN) di durata triennale, in cui sono contenute linee di indirizzo programmatiche, secondo obiettivi strategici coerenti con gli orientamenti di salute internazionali, al fine di perseguire il benessere e la salute della collettività. Parte integrante del PSN è il Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp) approvato dall'intesa Stato-Regioni. Gli stessi PSN e il Pnp si inseriscono in un quadro complesso ed articolato armonizzando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito con la conosciuta disposizione legislativa n. 833 del 23 Dicembre 1978, con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ovvero le prestazioni e i Servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o a pagamento, secondo quanto legiferato dal DPCM del 29 Novembre 2001. Conseguentemente ogni Regione adotta il Piano Sanitario Regionale e il Piano della Prevenzione Regionale. Infine a livello locale le Aziende Socio-Sanitarie programmano le attività territoriali ed in concertazione con tutti gli attori del territorio il Piano di Zona, ridisegnando il sistema integrato dei Servizi in base ai nuovi bisogni di salute.

pratiche da applicare. Psicologi, educatori, assistenti sociali, medici psichiatri nel pianificare gli interventi non possono che non assumere una logica di lavoro per Progetti, poiché permette di integrare le competenze dei professionisti, delineare in modo chiaro i destinatari, gli obiettivi, gli scopi, valori e la valutazione dei risultati ottenuti. Inoltre la progettazione sociale permette di gestire il cambiamento e la complessità dei sistemi all'interno dei quali si opera, rispondendo all'esigenza dell'innovazione e della sperimentazione in base ai bisogni, evitando in questo modo sprechi finanziari. Molteplici sono i Progetti che ogni anno nel territorio della Regione Veneto vengono attuati al fine di prevenire possibili condotte a rischio negli adolescenti. Ad esempio, in accordo con quanto stabilito dal DPCM 4 Maggio 2007 ed dal successivo Piano Regionale di Prevenzione (DGR n. 3139 del 14 Dicembre 2012), è stato attuato il Programma "Guadagnare Salute" rispettivamente alla prevenzione del fumo, alcol, inattività fisica e scorretta alimentazione; o nella realtà dell'Azienda Ulss17 della Bassa Padovana sono in corso per l'anno 2014-2015 i Progetti "Scommetti su te stesso" (per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico) ed il Progetto di educazione sessuale "Tra dire e il fare..." che si presenterà nel prossimo Capitolo.

Tutte le progettazioni sociali si riferiscono a precisi modelli di riferimento, al fine di facilitare il coordinamento e l'integrazione delle competenze dei professionisti.

1.2.3 *Classificazioni e tassonomie*

Parlando di prevenzione, risulta fondamentale per i professionisti avere dei modelli di riferimento, dei modelli di azione che permettano una definizione condivisa della direzione delle proprie azioni. Il passaggio non è scontato, in quanto non delimitare i confini dei proprio agire da un punto di vista teorico potrebbe compromettere il percorso operativo in fase di attuazione.

Le classificazioni presenti in letteratura sono molteplici, tuttavia le maggiormente utilizzate sono tre e si soffermano sulla tipologia di interventi, sul *target* e sul livello d'azione.

La prima, è probabilmente la più utilizzata e risale agli anni Settanta (Caplan, 1964). Suddivide la prevenzione in primaria, secondaria e terziaria. Le azioni della prevenzione primaria sono volte a ridurre l'incidenza di una patologia prima che possa manifestarsi ed infatti è rivolta alla popolazione nel suo complesso, evitando l'insorgere di nuovi

casi. La prevenzione secondaria, invece, mira ad eliminare o diminuire gli effetti di fattori considerati a rischio, per questo si attua nella parte di popolazione considerata più esposta ad elementi di disturbo futuri; in questo modo si interviene quando la patologia è ancora in fase latente o iniziale, individuando precocemente i nuovi casi. Infine la prevenzione terziaria ha come finalità la riduzione dei danni o la cronicizzazione di una patologia attraverso interventi volti a ridurre il rischio di aggravamento in uno specifico gruppo di individui.

Secondo alcuni teorici questa classificazione presenta dei limiti, ad esempio presuppone che ci sia una relazione ben chiara tra l'insorgenza della malattia e la sue cause. Per questo di seguito viene proposta un'ulteriore tassonomia, elaborata dall'*Institute of Medicine* (1994). Secondo questa suddivisione la prevenzione si può classificare in tre categorie: universale, selettiva ed indicata, prendendo perciò in considerazione il *target* a cui ci si rivolge attraverso gli interventi. Nel caso ad esempio della prevenzione universale il *target* è l'intera popolazione poiché vengono attuati interventi auspicabili per l'intera società. L'azione selettiva invece si rivolge ad un particolare sottogruppo della popolazione in cui la probabilità di sviluppare un determinato problema è superiore alla media. Infine la prevenzione indicata si riferisce a singoli individui identificati come ad alto rischio per un determinato disturbo.

A questa classificazione è stata affiancata un'ulteriore tassonomia che si concentra soprattutto sul livello delle azioni: un primo livello riguarda le azioni individuali, con interventi rivolti all'accrescere le conoscenze e fornire gli strumenti e abilità al singolo; poi un livello micro, ovvero la famiglia, scuola, lavoro e gruppo dei pari in cui si cerca di modificare l'ambiente prossimale al fine di favorire il cambiamento. Si evidenzia infine un livello macro, inteso proprio come ambiente sociale e contesto più ampio di politiche sociali, campagne mediatiche ed informative e legislazione, agendo in questo modo sul sistema circostante.²¹

1.3 Il Rischio e la Protezione in Adolescenza

La concezione ed il significato del termine "rischio" oggi risulta essere decisamente ampia. Il termine "rischio" non indica più soltanto le conseguenze negative

²¹ Misesti P. (2008), *Per una nuova prevenzione*, La meridiana, premesse per il cambiamento sociale, Bari.

correlate al campo medico, bensì tutte le possibili conseguenze per l'adattamento sociale e psicologico dell'individuo e in questo caso dell'adolescente.

Con il termine “fattori di rischio” si fa riferimento a tutti quegli eventi, esperienze, minacce, pericoli che aumentano la probabilità per l'individuo di incorrere in conseguenze negative per il proprio sviluppo sociale²². Ad esempio, l'adolescente contagiato dal virus dell'HIV, non mette solo a repentaglio la sua salute fisica se non sottoposto a corretta terapia farmacologica, ma in generale, mette inevitabilmente in discussione tutta la sua vita e quindi il suo adattamento psico-sociale. Il virus dell'HIV infatti potrebbe portarlo a difficoltà relazionali con lo stesso sesso e altro sesso, ad essere vittima di pregiudizi e stereotipi in diversi contesti, ad avere sensi di colpa e continua preoccupazione per lo stato della sua malattia.

I comportamenti a rischio per la salute sono dunque quei comportamenti che possono, sia a breve che a lungo periodo, influenzare in maniera negativa la salute fisica e il benessere psicologico e sociale dell'individuo. Inoltre, come sottolineano alcuni studiosi, il suo effetto dipende da altri elementi presenti nel contesto di vita della persona. Per questo si può parlare di “fattori di rischio distali” e “fattori di rischio prossimali”. I primi esercitano una influenza indiretta, tuttavia la sola presenza non risulta essere sufficiente per generare danno o conseguenze negative. I secondi, invece, sono maggiormente correlati alla sfera relazionale dell'individuo, riferendosi alle condizioni ambientali o personali possibili fonti di influenza comportamentale. Ad esempio, un fattore di rischio prossimale potrebbe essere la violenza domestica, il conflitto di coppia o la presenza di un disturbo psichiatrico nei genitori. Mentre, esempi di fattori di rischio distali, sono rappresentati da un basso livello di istruzione dei genitori, o da condizioni economiche di povertà, aspetti che quindi possono creare maggiore vulnerabilità per l'individuo. Accanto ai fattori di rischio distali e prossimali esistono inoltre altre variabili sempre correlate al contesto, in grado di impedire o di mitigare l'azione negativa: si fa riferimento ai cosiddetti “fattori di protezione”.

Infatti sono piuttosto frequenti casi in cui, nonostante il profilo di rischio, la persona è in grado di far fronte alle avversità riuscendo a raggiungere un adeguato livello di sviluppo; questo è possibile grazie alle stesse capacità dell'individuo, capacità di

²² Bonino S. e Cattelino E, (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoterapeutici di intervento sul rischio e sulla salute*, Erikson, Trento.

resistenza alle avversità, all'ansia e allo stress. La letteratura scientifica parla di individuo resiliente e di fattori di protezione come risultato dell'interazione tra risorse individuali e contesto ambientale. Pertanto questo ultimo concetto costringe a ridefinire l'azione nella prevenzione.

Se ci si sofferma solo sull'analisi dei fattori di rischio presenti, si scarterebbero le potenzialità individuali, i fattori di protezione, che possono svolgere un ruolo rilevante nelle condotte; questo per gli operatori è un sollievo: poiché molti fattori di rischio fanno parte della vita della persona per cui risultano spesso imm modificabili appartenendo ad esempio al passato o a patologie diagnosticate. La possibilità di agire, invece, sui fattori di protezione consente un intervento immediato nelle competenze e risorse personali capaci di proteggere l'individuo.

Da come si può intuire, l'azione cerca di rivolgersi a tutto il contesto di vita del soggetto, proprio al fine di promuovere la salute e il benessere attraverso l'assunzione di comportamenti responsabili e costruttivi, poiché fattori di rischio e fattori di protezione sono in continua interazione.²³ Entrambi si modificano lungo lo sviluppo individuale, non sono immutabili; dunque se non si prende in considerazione la crescita dell'individuo nella pianificazione degli interventi preventivi si rischia di imbattersi in programmazione non efficaci. Lo scopo è di riuscire a sollecitare, animare e potenziare i fattori di protezione attraverso la conoscenza dei fattori di rischio. Molti programmi infatti tendono ad agire contemporaneamente su due fronti: da un lato la riduzione del rischio, dall'altro sui fattori di protezione.

Concentrandosi soprattutto nei contesti di crescita adolescenziale, il rischio assume caratteristiche del tutto peculiari e si configura come un fenomeno estremamente complesso e multidimensionale. Infatti esso può assumere ulteriori forme a quelle precedentemente presentate; per questo potrebbe essere utile considerare queste

²³ Molti studiosi hanno cercato di evidenziare gli esiti evolutivi dei fattori di rischio e dei fattori di protezione allo scopo di indirizzare le linee di intervento della prevenzione. Rispetto ai primi, si è passati da un approccio unidirezionale e deterministico della causa del rischio, a studi che invece, individuano più variabili collocate a livello biologico, psicologico e sociale (approccio multifattoriale-probabilistico). Tuttavia entrambi i modelli non riescono a spiegare e a prevedere le probabilità di rischio in un individuo poiché vi è la dipendenza dai fattori di protezione. Questi infatti possono essere rappresentati, teoricamente, lungo un continuum (maggiore presenza di specifica variabile equivale a maggiore protezione) o ad andamento di U rovesciata (supervisione assente o eccessiva possono configurarsi come fattore di rischio, quindi bisogno di equilibrio) o infine nel modello della presenza-assenza di una singola variabile (la sua presenza non assicura la protezione dal rischio ma dipende dal caso).

prossime classificazioni al fine di delimitare obiettivi e scopi dell'azione progettuale per coloro che operano nella prevenzione e nella promozione della salute.

Si parla infatti di “rischio internalizzato”, riferendosi al manifestarsi di sentimenti depressivi, di frustrazione, di stress e di malessere; tale rischio è facilmente visibile dagli adulti ed è maggiormente presente nelle ragazze secondo le ultime indagini. Mentre il “rischio esternalizzato” comprende proprio l'attuazione di comportamenti rischiosi, come l'uso di sostanze stupefacenti, la guida pericolosa, l'uso e abuso di alcool ed infine i comportamenti sessuali a rischio, forma che risulta maggiormente presente nei ragazzi maschi.

Un'ulteriore classificazione proposta rispetto l'adolescenza e il disagio, propone la suddivisione in quattro principali categorie: il rischio riferito a comportamenti problematici (uso di droga, violenza, fumo, alcool e sesso precoce); i comportamenti che compromettono la salute (dieta povera, esercizio fisico insufficiente); i problemi di salute mentale (depressione e ansia) ed infine le prestazioni di ruolo non adeguate (abbandono scolastico). Tali categorie non si escludono a vicenda ed inoltre nello stesso individuo, come anche nel caso del rischio internalizzato ed esternalizzato, possono essere comprese più espressioni del disagio.

Il rischio in adolescenza viene studiato soprattutto attraverso l'analisi dei comportamenti, attribuendo un significato alle azioni, quindi alle motivazioni e valutando la presenza nel contesto personale di fattori protettivi diretti ed indiretti, che come precedentemente argomentato, possono mitigare l'impatto di un possibile comportamento a rischio e disagio nell'adolescente.

Gli addetti ai lavori nel campo del sociale hanno sicuramente notato come oggi sia aumentato il numero di giovani e giovanissimi in carico al proprio servizio, e di come questi siano portatori di diverse problematiche più o meno gravi: da una scarsa motivazione scolastica e difficoltà relazionali, a comportamenti al limite della legalità come nel caso di importazione, esportazione, acquisto o detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 75 del D.P.R. 309/'90).²⁴ Per cercare di dare una spiegazione a questa intensificazione degli interventi si può attingere ai processi di

²⁴ D.P.R. del 9 Ottobre 1990, n. 309 recante: *Testo unico delle leggi in materia di disciplina di stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* e successivi aggiornamenti, in particolare il Decreto Legge 20 Marzo 2014, n. 34 convertito in Legge il 16 Maggio 2014, n. 79.

cambiamento sociali, affidandosi alla letteratura. Tuttavia ciò non pare sufficiente soprattutto per ottenere informazioni utili sull'agire e sulla programmazione professionale di oggi. Così è stata richiesta la collaborazione ad un Servizio Ser.D appartenenti all'U.O.C. Dipendenze dell'A.Ulss17²⁵ della Bassa Padovana e ad un Comune di una cittadina di 21.561 abitanti²⁶ sempre della provincia di Padova. E' stato chiesto ai professionisti (un totale di: due Assistenti Sociali, due educatori professionali e una psicologa) di spiegare perché oggi ci si rivolge e ci si preoccupa molto nei confronti dell'adolescente ed il motivo di crescenti interventi rivolti a questa fase di età. La risposta degli operatori è stata molto concreta ed operativa. Secondo la psicologa del Ser.D i casi nel loro Servizio non sono poi così aumentati negli ultimi cinque anni, la media varia dai sessantacinque ai settanta casi di utenti in carico tra i quattordici e i ventidue anni. Ad esempio nel 2013 sono stati seguiti 68 ragazzi/e e le loro famiglie in collaborazione con il Comune di residenza ed altri Servizi territoriali. Secondo l'Assistente Sociale del Ser.D infatti, nei Servizi sembra che ci siano sempre più casi di minori e primi maggiorenni in situazione di disagio, poiché la segnalazione ed il percorso di aiuto per questi ragazzi/e è molto tortuoso, e "impegnano molto tempo". Ad esempio il 64% degli adolescenti seguiti nel 2013 ha richiesto interventi ad alta integrazione socio-sanitaria, tant'è che al 27,9% di questa utenza è stata diagnosticata successivamente una diagnosi psichiatrica. Inoltre, come aggiunge l'Assistente Sociale del Comune, è difficoltoso il rapporto con i genitori. Per loro è difficile e lungo il percorso per il riconoscimento di un atteggiamento deviante o antisociale nel proprio figlio, faticano a comprenderlo ed accettarlo; ma appena questo viene riconosciuto, i genitori fanno tutto per aiutare il proprio figlio a stare bene, accettando le proposte dei servizi con determinazione e diventando così degli ottimi collaboratori. Infine le due educatrici professionali del Ser.D esprimono una maggiore preoccupazione per le

²⁵ Per Servizio Ser.D si intende il Servizio Specialistico pubblico per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di tutte le forme di dipendenza: dalle tossico e alcol dipendenza, fino alla dipendenza da nicotina, da gioco d'azzardo patologico e la dipendenza da internet, come stabilito dalla Legge n. 685 del 22 Dicembre 1975 e successivamente dal D.P.R. n. 309 del 9 Ottobre 1990. I Ser.D sono attivi nel territorio delle Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (A.Ulss) e secondo disposizioni della Regione Veneto (Delibera della Giunta Regionale n. 2217 del 22 Giugno 1999) il coordinamento istituzione, gestionale professionale dei Ser.D è affidato al Dipartimento per le Dipendenze o nel caso specifico dell'A.Ulss17, all'Unità Operativa Complessa Dipendenze (U.O.C.) offrendo servizi e prestazioni a quarantasei comuni della Bassa Padovana.

²⁶ Il Comune di Monselice è situato ai piedi dei Colli Euganei nella provincia di Padova e si estende per 50,57 Km².

segnalazioni di ragazzi/e in situazione di difficoltà, percependo maggiormente il disagio e soprattutto i possibili rischi. Questo è dovuto dal loro ruolo professionale poiché si occupano del Centro Informazione e Consulenza (C.I.C.), svolgendo attività di ascolto negli Istituti Superiori, finalizzato proprio all'accoglienza di problematiche adolescenziali e dell'eventuale invio dei soggetti ai Servizi Socio-Sanitari Specialistici per la presa in carico. Raccontano di come le loro competenze abbiano dovuto progressivamente specializzarsi in risposta alle continue situazioni di rischio, in cui incorrono gli adolescenti, tra cui alcune nuove come il ricorso frequente al suicidio, il *cyberbullismo* e la dipendenza da internet. I giovani che si rivolgono a loro sono aumentati negli anni, ad esempio nel 2013 si sono rivolti 287 studenti e 24 di questi ragazzi/e sono stati inviati ad un Servizio Specialistico per la presa in carico. Più precisamente : n. 13 allo "Spazio Giovani", n. 6 all'Età Evolutiva, n. 1 al Consultorio Familiare, n. 3 Dipartimento di Salute Mentale ed infine n. 1 al Servizio di Igiene Alimentare e Nutrizione. Ne segue che gli educatori professionali dell'U.O.C. Dipendenze dell'A.Ulss17 percepiscono l'intensificarsi dei comportamenti considerati a rischio e di possibile disagio, confermando quindi quanto detto in precedenza. Gli stessi, inoltre, hanno aggiunto come siano loro stessi ad occuparsi dei Progetti di Prevenzione nel territorio e di come oggi alcuni di questi si rivolgano già alla Scuola Elementare e si intensifichino a partire dalla pre-adolescenza (Scuole Medie) proprio al fine di attivare e potenziare atteggiamenti e valori positivi sulla salute già all'età di tredici e quattordici anni poiché è lì che i ragazzi cominciano a fare le loro esperienze, solitamente relative al fumare e al bere alcolici con il gruppo dei pari. Diventa centrale, dunque proprio in questa età, il tempismo preventivo.

A questo proposito, l'Osservatorio delle Politiche Sociali della Regione Lombardia, ha svolto una ricerca sull'esigenza educativa dei pre-adolescenti, riportandola nella Rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie" [n. 3.2/2014].²⁷ La ricerca prova a ricostruire l'intensificarsi degli interventi e delle segnalazioni nei confronti dei giovanissimi, ma seguendo una prospettiva differente a quella presentata poco sopra; i ricercatori infatti non si soffermano a riflettere sul numero dei nuovi casi e sulla quantità dei progetti attuati ma si potrebbe affermare che approfondiscono la qualità della loro azione di

²⁷ Battistella A., *Il concetto di regola, normalità e rischio per i preadolescenti*, "Prospettive Sociali e Sanitarie", Anno XLIV, n. 3.2 Settembre 2014, pp. 3-8.

pianificazione. Essi si sono interrogati infatti, sugli stessi significati del termine “rischio” , “devianza”, “regola” e “normalità”, chiedendosi concretamente se oggi i giovani attribuiscono a queste categorie di pensiero gli stessi significati degli adulti. Cosa sia per gli adolescenti un comportamento rischioso e pericoloso e cosa invece per loro sia considerato normale, sono proprio le domande che hanno posto i ricercatori, attraverso interviste semi-strutturate rivolte a circa 200 ragazzi tra i 12 e i 14 anni, al fine di rilevare e catturare la percezione di quanto sia giusto e sbagliato, cercando cioè di cogliere il punto di vista dei giovanissimi. Lo scopo ultimo è intuibile, ovvero quello di rivedere le priorità dei messaggi condivisi trasmessi nei vari Progetti preventivi, per una prevenzione sempre più efficace e diretta.

Brevemente è emerso come i pre-adolescenti di oggi considerino pericoloso in ordine quanto segue: fumare spinelli, l'utilizzo di anabolizzanti per potenziare la prestazione fisica, il fumare sigarette, bere alcool ed infine l'essere aggrediti e picchiati senza motivo. Al contrario però gli atteggiamenti rilevati più diffusi riguardano proprio il fumare sigarette (40% dei ragazzi intervistati tra i 13/14 anni fuma) ed il bere alcool, in particolare superalcolici; si nota come sottovalutino il problema, come per loro sia considerato una normalità per “fare esperienza”, l'importante, come sottolineano i ragazzi, è “non esagerare” anche se “prima o poi tutti si sbronzano una volta”. Di conseguenza, nelle loro paure non c'è sicuramente quella di finire al pronto soccorso per elevato tasso alcolemico, ma quella di fare uso di droghe e questo timore è comprensibile visto che sono ancora molto giovani. Inoltre hanno paura di essere aggrediti, nonostante non lo considerassero molto rischioso, di imbattersi in conoscenze sbagliate nella rete internet ed infine di fare sesso senza precauzioni. Questo dato è rilevante, poiché si considerano troppo giovani per fumare uno spinello o fare uso di altre sostanze. A quanto pare però si sentono abbastanza pronti per avere rapporti sessuali: il 30% dei ragazzi (in particolare maschi) è preoccupato nell'aver rapporti sessuali non protetti e rischiosi. Questo dato non è da sottovalutare per la materia trattata in questo lavoro. I ragazzi e ragazze di 13-14 anni, inoltre, non sentono come comportamenti a rischio il passare troppo tempo davanti la televisione, al computer o ai videogiochi, non fare attività fisica, avere una alimentazione inadeguata ed infine rientrare a casa a determinati orari: preoccupazioni che invece coinvolgono molto gli adulti nei confronti dei propri ragazzi.

I risultati di queste interviste, potrebbero essere uno spunto utile nel direzionare adeguatamente la prevenzione e la promozione della salute in base agli atteggiamenti e quindi ai pensieri dei ragazzi/e in determinati momenti di crescita: cosa a loro interessa maggiormente in questo momento, su cosa avrebbero voglia di aprirsi, di condividere e di ascoltare l'opinione dell'adulto. Sono le domande che le agenzie educative di oggi dovrebbero porsi al fine di creare azioni *ad hoc* per i propri adolescenti e quindi per la futura trasformazione sociale e culturale del paese.

Nel prossimo Capitolo si approfondirà in modo significativo la dimensione della sessualità in adolescenza, soffermandosi sul comportamento a rischio, in particolare nella trasmissione delle malattie sessuali come l'HIV/AIDS. Come si potrà leggere i primi paragrafi saranno maggiormente teorici, successivamente invece si scenderà nella prassi concreta ed operativa.

*“Le basi teoriche di un programma sono importanti, non solo per ragioni accademiche, ma anche perché esiste un chiaro rapporto tra i modelli teorici dei programmi e gli effetti positivi degli stessi”.*²⁸

Paola Misesti [2008]

²⁸ Misesti P. (2008), *Per una nuova prevenzione*, La meridiana, premesse per il cambiamento sociale, Bari, pg. 26

CAPITOLO 2.

I COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO NEGLI ADOLESCENTI

Nel mondo occidentale negli ultimi anni, si è assistito ad un lento ma progressivo cambiamento degli atteggiamenti e dei comportamenti sessuali delle nuove generazioni. La sessualità ha perso la sua stretta relazione con la necessità di procreare e con i vincoli riproduttivi; la pratica sessuale infatti oggi assume per ragazzi e ragazze un posto normale nel contesto delle relazioni interpersonali, acquistando valore di canale di comunicazione ed espressione del piacere fisico.²⁹ Questa variazione nel sistema sociale sul modo in cui gli adolescenti vivono la sessualità è visibile dall'interesse che negli ultimi anni hanno avuto i *mass media* rispetto a questa tematica. Infatti, essendo considerato come una componente integrante della ricerca adolescenziale dell'identità adulta e della realizzazione affettiva, molti canali televisivi e film che si rivolgono soprattutto alle giovani generazioni hanno trasmesso sempre più spesso storie che affrontano temi legati alla sessualità adolescenziale.³⁰

L'interesse per questo tema non si è presentato solo a livelli di grande schermo, anzi, i professionisti socio-sanitari del territorio che conoscono le storie di ragazzi e ragazze trattano questa tematica da molti anni e ogni anno attraverso i Progetti di Prevenzione e di Promozione alla Salute Sessuale, proprio perché le relazioni sentimentali e sessuali siano un'occasione per crescere, un momento di apprendimento per i ragazzi, una

²⁹ Negli anni Settanta le ricerche sul comportamento sessuale degli adolescenti dimostravano come i ragazzi maschi fossero più inclini a non avere rapporti sessuali nelle relazioni molto strette, nelle quali invece le ragazze femmine si dimostravano più attive. Negli anni successivi le tendenze si sono livellate: maschi e femmine hanno elaborato comportamenti simili, abbandonando progressivamente la colpa, il tabù ed il divieto per il rapporto ma fondando la relazione sulla sessualità come scelta interna alla coppia. Recenti ricerche mostrano come oggi gli adolescenti tendono a vedere il sesso come espressione dell'amore ed a ritenere che siano importanti i valori di legame, affetto ed impegno nel rapporto. Fabbrini A. e Melucci A. (2007), *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, Milano.

³⁰ Ad esempio il film diretto da Jason Reitman (2007) "*Juno*", vincitore del premio Marco Aurelio al Festival Internazionale di Roma come miglior film, racconta la storia della giovane protagonista che scopre di essere in dolce attesa e si impegna alla ricerca di una famiglia adottiva per il suo bambino. Oppure la serie televisiva statunitense creata da Brenda Hampton, "*La vita segreta di una teenager americana*" trasmessa in Italia a partire dal 2008 sui canali Fox e successivamente MTV, la protagonista quindicenne si innamora e scopre il sesso rimanendo prematuramente incinta di un compagno di scuola. Come si vedrà di seguito del lavoro, questi film e serie televisive hanno scopi ultimi preventivi sull'intera popolazione.

maturazione lontana dai rischi. È proprio quando la relazione è troppo precoce, non protetta, attuata al di fuori delle relazioni affettive paritarie che può essere letta come un vero e proprio comportamento a rischio, con conseguenze negative sia a livello individuale che sociale. Per questo che, società e territorio, investono nell'informazione e nella comunicazione per un sesso sicuro e per una crescita positiva rivolta alle giovani generazioni.

2.1 Adolescenza e Sessualità: come orientarsi

È proprio nella fase adolescenziale, caratterizzata dal cambiamento di riferimenti interni ed esterni come ampiamente descritto nel Capitolo precedente, che si scopre l'Altro come possibile partner di un legame sentimentale, cominciando ad interrogarsi sulla propria affettività. Cambiamento non da poco. Nel passaggio dall'infanzia alla pre-adolescenza infatti l'attenzione verso il sesso opposto subisce un'importante variazione. La psicologa Maria Giulia Olivari riporta alcuni risultati di una ricerca condotta nelle Scuole Secondarie della Lombardia [2013]³¹ evidenziando come gli adolescenti maschi trascorrono circa cinque ore alla settimana a pensare alle loro coetanee, mentre nel caso delle ragazze le ore aumentano a dieci alla settimana. Per gli adulti spesso questo atteggiamento viene interpretato come perdita di tempo. Ciondolare, bighellonare e quindi non fare nulla per intere ore, è il modo in cui spesso gli adolescenti trascorrono la giornata. In realtà in loro si evidenzia il bisogno di fermarsi, di pensare; tant'è che coloro che si occupano di adolescenti hanno assegnato un termine specifico a questo comportamento, quello di "*hanging around*", in italiano "restare ad aspettare".³²

La capacità di pensare si associa alla capacità di pensarsi, come essere-nel-mondo, alla concretezza dell'esperienza con il proprio corpo. Per l'adolescente infatti è la prima volta che si trova spettatore consapevole del proprio mutamento, di conseguenza è visibilmente impegnato in un processo di controllo, contenimento, attribuzione di senso di ciò che gli accade, imparando contemporaneamente ad usare le risorse che si rendono disponibili. Il processo di identificazione sessuale, ovvero l'assunzione della propria identità di essere maschio o femmina, matura attraverso delle dimensioni interne

³¹ Olivari M. G. (2013), *Genitori a 16 anni? La prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio e della gravidanza in adolescenza*, Vita e pensiero, Milano.

³² Fabbrini A. e Melucci A. (2007), *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, Milano.

(memoria, sensazioni, vissuti profondi) e dimensioni che appartengono al fitto sistema di rappresentazioni culturali che l'ambiente propone, come ad esempio i codici di comportamento e i modelli etici ed estetici. Il segno più caratteristico di questa età è la capacità di innamorarsi: alcuni studiosi sostengono che sia la più convincente dichiarazione di salute che l'adolescente possa fare di sé.³³

La crescita delle relazioni romantiche diventa infatti una parte centrale della vita sociale dell'adolescente, anche perché da un punto di vista di compiti di sviluppo, lo sostengono nel percorso di individuazione e separazione dalla famiglia di origine, sancendo la capacità di stabilire rapporti duali, esterni alla parentela. Inoltre, questo tipo di relazioni svolgono un ruolo positivo nel costituire una fonte di conforto, sostegno ed intimità che contrastano con i sentimenti di incertezza e solitudine, frequenti nella realtà emotiva degli adolescenti. Da precisare come queste prime relazioni sentimentali abbiano una breve durata, ma per questo non importanti, anzi: la fine degli amori porta con sé una grande delusione, un lutto profondo, una sconfitta che a volte nei contesti più fragili possono condurre il giovane o la giovane a gesti estremi. Da un punto di vista socio-psicologico queste brevi storie d'amore permettono di sviluppare la capacità di impegnarsi nelle relazioni a lungo termine che sperimenteranno negli anni successivi ed inoltre l'esperienza dei giovanissimi riporta come sia molto stimolante la possibilità di ri-creare e di ri-definirsi in una nuova relazione, in particolare nei maschi.

Ovviamente con l'instaurarsi di queste prime relazioni si risveglia l'interesse nei confronti della sessualità. Ed è questo che si cercherà di approfondire nelle prossime righe.

Imparare ad impegnarsi in una relazione affettiva con un partner di sesso diverso ed a confrontarsi con la capacità sessuale adulta può essere considerato come un altrettanto compito di sviluppo fondamentale di cui abbiamo accennato nel Capitolo precedente.

Il comportamento sessuale viene definito in questo caso come la capacità di instaurare rapporti di coppia in grado di coniugare affettività e sessualità e di coinvolgersi in rapporti sessuali paritari, liberi e condivisi.³⁴ Nonostante ciò, acquisire la capacità di

³³ Dolto F. (2009), *Adolescenza. Esperienze e proposte per un nuovo dialogo con i giovani tra 10 e i 16 anni*, Mondadori, Milano.

³⁴ Bonino S. Cattelino E. e Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Ed. Giunti Editore, Firenze.

vivere serenamente la propria sessualità rappresenta una sfida complessa per l'adolescente, poiché non ha ancora del tutto sviluppato e riconosciuto le proprie competenze sociali, emotive e cognitive necessarie proprio a realizzare un'esperienza sessuale positiva.

Ma quali sono le motivazione profonde per cui ragazzi e ragazze giovanissimi decidono di sperimentare la propria sessualità nell'ambito di una relazione di coppia?

Gli studi internazionali, riportati da Bonino S. Cattelino E. e Ciairano S. [2003] cercano di rispondere a questa domanda, associando le risposte degli adolescenti con le funzioni che la psicologia ha assegnato alla sessualità in questa fase della vita. Una prima motivazione è ricondotta allo stesso desiderio sessuale, a causa di importanti cambiamenti ormonali; ma un altro motivo non ricondotto alla dimensione fisica è la curiosità che porta l'adolescente a sperimentare nuove sensazioni, quelle stesse di cui tanto spesso sente parlare all'interno del gruppo degli amici, alla televisione o nei *social networks*. Il comportamento sessuale può svolgere infatti una funzione di rito di passaggio, per dimostrare a se stessi, agli amici e soprattutto ai genitori l'avvenuto superamento dell'infanzia in favore di una condizione maggiormente adulta, essendo inoltre un modo per essere maggiormente accettato all'interno del gruppo dei pari già sessualmente attivi, raggiungendo quindi uno status sociale di adultità. In particolare, per le ragazze non è solo l'attività sessuale a conferire uno status di maturità e di popolarità, quanto l'intero e complesso fenomeno della relazione che ad essa si associa, ad esempio avere una relazione stabile con un partner.

La curiosità si lega al bisogno e al desiderio di sperimentare una relazione romantica intima, anche se è difficile sapere se siano i sentimenti che si provano in coppia il motore dell'attività sessuale o se ne facciano solo da cornice adatta per sperimentare nuove sensazioni. Sperimentazione, come esplorazione e soprattutto a volte come pura trasgressione. La funzione della trasgressione nel comportamento sessuale è molto sottolineata dalla psicologia, poiché permette all'adolescente di infrangere le regole genitoriali, testando i propri limiti e le proprie capacità, un po' come il semplice saltare la scuola, il mentire, fumare: motivo per cui a volte l'atto sessuale avviene in circostanze fragili, di rischio. Infine, tramite il comportamento sessuale, gli adolescenti cercherebbero di attenuare o distrarsi dalle proprie emozioni negative, facendo fronte agli eventi problematici, insomma una strategia di sopravvivenza ai propri cambiamenti.

Dunque, imparare ad impegnarsi in una relazione affettiva con un partner ed a confrontarsi con la capacità sessuale adulta è un vero compito ed impegno per gli adolescenti, soprattutto dal momento che possono giungere alla decisione di vivere la sessualità tramite una scelta matura e consapevole oppure tramite una scelta non propria ma forzata ed influenzata dal partner o dai pari.

Una scelta consapevole circa la propria sessualità consente passi importanti nello sviluppo psico-sociale come parlato precedentemente, ma al contrario, ogni situazione di costrizione mette a rischio la possibilità di giungere ad una piena realizzazione delle potenzialità dello stesso adolescente. Il ragazzo e la ragazza devono poter essere in grado di riconoscere e opporsi ai tentativi di manipolazione, essere capaci di controllare i propri impulsi e le proprie emozioni rispettando le esigenze del partner, usando strategie di negoziazione interpersonale in un contesto emozionale, comprendere e valutare le conseguenze del proprio comportamento sul piano relazione e riproduttivo ed infine, nella pratica, procurarsi ed utilizzare un metodo contraccettivo efficace.

Negli adolescenti più giovani, queste competenze possono mancare (per non aver raggiunto un certo stato di maturazione bio-psico-sociale) e accade di frequente che la sessualità si realizzi in condizioni situazionali e relazionali scadenti, connotandosi come un comportamento a rischio. In generale, purtroppo, si tratta di rischi piuttosto gravi per il presente e futuro dell'adolescente: questi possono essere connessi sia alla possibilità di incontrare percorsi di genitorialità adolescenziali, sia di incorrere nelle malattie a trasmissione sessuale.

Brevemente, rispetto all'essere genitori-adolescenti, questo provoca nel processo di crescita della ragazza e del ragazzo la sovrapposizione di due fasi evolutive. Infatti, il quadro di richieste è realmente complesso: da un lato si deve risolvere i compiti specifici dell'età adolescenziale che la coppia sta vivendo, dall'altro però sono chiamati a compiere un "balzo evolutivo" e ad assumersi una responsabilità adulta grazie ai modelli materni e paterni avuti, al fine di accogliere e di riconoscere i bisogni di una nuova vita, mettendo anche se stessi in secondo piano, se fosse necessario. Nello specifico, per la futura madre-adolescente, significa essere catapultati all'improvviso da una generazione all'altra trasformati fisicamente e psicologicamente, il corpo e la mente sono ancora in via di sviluppo e cercano di lasciare alle spalle sia i propri coetanei sia molte potenzialità magari non ancora espresse e realizzate.

Ne segue che viene connotato proprio come un comportamento a rischio poiché a volte gli adolescenti non riescono a portare a termine la formazione dell'identità personale, nonostante si trovino davanti a scelte difficili di valutazione dei propri progetti futuri, ponderando valori, attese, e richieste, mettendosi davvero alla prova. Proseguire la gravidanza e diventare mamma, oppure proseguire la gravidanza e dare in adozione il bambino o infine interrompere la gravidanza, sono scelte da persona adulta con un'identità integrata, si tratta di decidere la direzione della propria vita e di quella del bambino che si aspetta. Dunque la scelta di vivere la sessualità in maniera più o meno responsabile ha un impatto decisamente forte e duraturo sull'intera vita dell'adolescente.

2.2 Le Malattie Sessualmente Trasmissibili

Approfondendo invece le Malattie Sessualmente Trasmesse, d'ora in avanti MST, secondo quanto riportato dal Ministero della Salute italiano l'incidenza delle MST nel mondo è in continuo aumento, sia nei paesi in via di sviluppo sia industrializzati. Esse costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica a livello mondiale a causa delle conseguenze che alcune infezioni provocano; sono capaci di compromettere l'apparato riproduttivo femminile e maschile oltre che la stessa salute e vita delle persone, comportando ingenti spese da un punto di vista di spesa economica sanitaria.³⁵

In passato si utilizzava il termine "malattie veneree", da Venere, la dea dell'amore, per evidenziare la correlazione esistente tra l'atto sessuale e il sentimento. Successivamente, modificandosi il valore della sessualità come una parte normale della vita delle persone, gli esperti hanno cominciato ad usare la denominazione MST. Tuttavia nell'ultimo decennio, per la continua diffusione di queste malattie, il Ministero della Salute ha cominciato a parlarne come Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST), al fine di evidenziare il frequente decorso asintomatico di alcune malattie sessuali, enfatizzando la presenza di maggiori casi inconsapevoli essendo trasmesse da un partner portatore anche con un singolo atto o contatto sessuale non adeguatamente protetto.

³⁵http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=905&area=Salute%20donna&menu=sessuale, data ultimo accesso 27 Dicembre 2014.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima circa 498,9 nuovi casi all'anno di MST di età compresa tra i 15-49 anni. In Europa i casi sono circa 46,8 milioni sempre all'anno.³⁶ In particolare per quanto riguarda l'HIV/AIDS i dati epidemiologici del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore della Sanità italiano rilevano 45.707 nuove diagnosi di infezione da HIV nel periodo 1985-2009. Nello specifico, nel 2010, sono stati notificati al COA 1.079 nuovi casi di AIDS conclamato di cui 718, corrispondenti al 66,5%, diagnosticati nel 2010 e 361 diagnosticate negli anni precedenti.³⁷

Con le MST si fanno riferimento a circa 30 infezioni; le principali nell'incidenza dei casi sono causate da batteri, funghi, parassiti o virus. Ci si riferisce ad esempio alla sifilide, alla chlamydia, alla vaginosi batterica, micosi, la gonorrea, le epatiti virali B e C, l'AIDS (causata dal virus dell'HIV), i condilomi (causati dal papilloma virus - HPV), herpes genitali ed infine la trichomoniasi.

Il decorso e la possibilità di guarigione completa è realizzabile attraverso un'adeguata terapia antibiotica per la micosi, la vaginosi batterica, la chlamydia, trichomoniasi, la gonorrea e la sifilide: per queste ultime due patologie solo se la diagnosi e la cura sono precoci. Per i condilomi la guarigione è possibile ma con il rischio del tumore al collo dell'utero per la donna, con l'herpes genitale la guarigione è parziale poiché il virus può restare latente nell'organismo; le epatiti B e C hanno delle complicanze gravi, però una guarigione è possibile, mentre l'Aids (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) è incurabile, si può solo prolungare la vita e/o migliorarne la qualità con idonea terapia attraverso farmaci antivirali e sintomatici.

Da come si può intuire, la materia in oggetto non è da sottovalutare, sia per le conseguenze gravi che alcune di queste malattie possono provocare, sia per la facilità di trasmissione: attraverso singoli rapporti sessuali vaginali e anali anche non completi (quindi incluso il sesso orale) e nel caso del virus dell'HIV si trasmette anche per via ematica (passaggio di siringhe/ago infetti) e verticale e perinatale (da madre a figlio).

Dunque un'adeguata ed idonea prevenzione alle MST o IST è fondamentale soprattutto per le categorie considerate a rischio, anche se è da precisare come l'oggetto del rischio

³⁶http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=198&area=aids&menu=vuoto, ultimo accesso 26 Dicembre 2014.

³⁷ Centro Operativo Aids (COA), rapporto 2011 pubblicato dall'Istituto Superiore della Sanità, <http://www.iss.it/ccoa/index.php?lang=1&id=2&tipo=5>, ultimo accesso 27 Dicembre 2014.

sia il comportamento e non le stesse persone, per questo si parla di comportamenti sessuali a rischio.

Il Ministero della Sanità individua comunque tre sottogruppi di popolazione particolarmente esposta: le donne, per la loro struttura anatomica dell'apparato genitale più complesso e più favorevole all'insediamento di batteri e virus; gli individui con stati deboli o gravi di deficienza immunitaria ed infine gli adolescenti.

Gli adolescenti si presentano come una delle categorie più a rischio e questo secondo il COA è causato da due motivi: il primo, dallo sviluppo fisico, poichè i tessuti genitali non sono ancora abbastanza maturi di conseguenza sono maggiormente recettivi alle infezioni; il secondo motivo rimanda alla carenza di conoscenze e di informazioni circa una sessualità consapevole e responsabile e quindi anche rispetto al ruolo del preservativo, unico corretto metodo per la prevenzione

Rispetto a questa tematica ha indagato il Progetto di ricerca-azione finanziato dal Ministero della Salute ed attuato dall'Università Cà Foscari, con la collaborazione di alcune associazioni no profit, negli anni 2013-2014. La ricerca intervento, dal titolo "Cosa ne sai", ha voluto proprio indagare il livello di conoscenza delle MST e soprattutto dell'HIV/AIDS nella popolazione generale, nei giovani tra i 14-18 anni, nella popolazione LGBT (Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender) e fra i nuovi e vecchi immigrati. Nelle pagine successive la ricerca verrà presentata nelle parti più salienti rispetto alla materia e agli obiettivi di questo lavoro, tuttavia nelle prossime righe verranno citati alcuni dati ottenuti relativi alla percezione delle MST e dell'HIV/AIDS nei giovani coinvolti (5.824 ragazzi di sei regioni italiane, tra cui 328 ragazzi e ragazze del Veneto).

Rispetto ad esempio all'uso del preservativo di cui si accennava poco sopra, la ricerca-azione evidenzia come il 50% dei ragazzi tra i 14-18 anni coinvolti lo indichino come corretto metodo per la prevenzione dell'AIDS, tuttavia il restante 11% non ha saputo rispondere alla domanda.³⁸ Quindi si può affermare come la maggior parte degli adolescenti sembra avere un atteggiamento favorevole nei confronti della contraccezione come prevenzione alle MST, nonostante questo però la conoscenza e la

³⁸ I ragazzi sono stati sottoposti ad un questionario di trenta domande a risposta multipla. Nello specifico, la domanda numero quindici affermava: "usare il profilattico", opzioni di risposta chiusa per il campione: a. costa troppo; b. toglie gran parte del piacere; c. serve a poco, spesso si rompe; d. è l'unico modo di proteggersi; e. non so.

predisposizione non sono sufficienti a garantire un ricorso efficace e regolare della contraccezione. Permangono infatti alcuni fattori di interazione nella messa in atto di questo comportamento preventivo; il 38% dei ragazzi ha proprio indicato i motivi per cui non lo usa o non lo userebbe: ad esempio il 23,9 % dei ragazzi riferisce che toglie gran parte del piacere fisico, il 10,1% sostiene che serve a poco poiché si rompe spesso ed infine il 3,9% ha risposto che costa troppo per comprarlo ed usarlo. Andando invece ad indagare la conoscenza dell'AIDS in termini generali, il 44% dei ragazzi e ragazze hanno risposto correttamente nel sostenere che l'HIV è il virus che trasmette l'AIDS; tuttavia nella domanda cosa significhi essere sieropositivo³⁹ (Domanda numero 11) solo il 4,6% ha risposto correttamente alla domanda, mentre il 40% associa lo stato di sieropositività all'essere portatori sani della malattia e quasi il 29% ha risposto "non so". Questo dato evidenzia come i giovanissimi abbiano probabilmente una conoscenza frammentata della malattia, superficiale e quindi non completa. Spesso infatti i *mass media* e la rete internet giocano un forte ruolo nel modellare le credenze e gli atteggiamenti dei ragazzi nei confronti della sessualità, con la maggior parte delle volte informazioni sbagliate. Infatti la ricerca-azione "Cosa ne sai" è stata proprio condotta partendo da questa constatazione. Le agenzie di formazione e socializzazione in cui si affidano oggi gli adolescenti hanno diffuso negli anni conoscenze lacunose e credenze errate, potenzialmente pericolose per le stesse generazioni e la scarsa possibilità di formazione in materia di prevenzione delle MST da parte della famiglia o della scuola hanno incrementato un'informazione a volta fatta di soli passaparola. Purtroppo infatti negli ultimi anni i Progetti formativi di prevenzione alle MST e all'HIV/AIDS sono stati inferiori rispetto al passato con la conseguenza che l'attenzione è diminuita in questo

³⁹ Una persona sieropositiva è una persona che presenta la positività alla ricerca di anticorpi dell'HIV e quindi ha contratto il virus dell'HIV essendo sia infetto che soprattutto infettante, ma non è ancora nella fase della Sindrome da Immunodeficienza Acquisita conclamata; Vi sono tre principali stadi della malattia. Lo stadio acuto di infezione dal virus, del tutto asintomatico e dura circa 3, 6 o anche 9 mesi dipende da soggetto a soggetto, un individuo che si sottopone in questa fase al test dell'HIV risulta *falsamente* negativo poiché il corpo non ha ancora prodotto gli anticorpi anti-HIV, tuttavia la persona è in grado di contagiare le altre (periodo finestra). Il secondo stadio detto di latenza, il virus si distribuisce nel sistema immunitario, in particolare nelle cellule coordinatrici (i linfociti CD4) dove attivamente si moltiplica, facendo successivamente sorgere in generale sintomi come febbre, perdita di peso eccetera; questi fenomeni sono indice del progressivo peggioramento dello stato di salute del sistema immunitario, la durata media di questa fase è di circa dieci anni. L'ultima fase, detta AIDS conclamata, il sistema immunitario non è più in grado di difendere l'organismo dalle infezioni, presentando un quadro clinico complesso e compromesso. Per questi motivi non si può parlare di portatori sani di HIV o AIDS.

tema e quindi anche lo stesso livello di conoscenza. Basti pensare che nel questionario del Progetto “Cosa ne sai” era stata introdotta una domanda sulla pericolosità delle zanzare nella trasmissione del virus dell’HIV (Domanda numero 25) ed hanno risposto correttamente solo il 16% dei giovani (le zanzare non trasmettono il virus) ed il 30% ha risposto che non lo sapeva. Ma anche durante la compilazione del questionario e la successiva discussione con i ricercatori questa domanda ha coinvolto molto; alcuni dei ragazzi durante i *focus group* hanno dichiarato di aver confuso il virus dell’HIV con un’altra malattie infettiva, la malaria appunto, che si trasmette tramite punture di insetto. Per rispondere a questa domanda i ragazzi avrebbero potuto collegarsi superficialmente alla possibilità del virus di sopravvivere al di fuori dell’organismo e questa, era ulteriore domanda presente nel questionario (Domanda numero 22). Tuttavia a tale assunzione la maggior parte dei ragazzi non sapeva rispondere e meno del 14% dei ragazzi ha risposto giusto (risposta d: è un virus poco resistente, esposto all’aria aperta muore rapidamente). Dunque il livello di conoscenza indagato dalla ricerca nel territorio italiano mostra uno scarso livello di consapevolezza circa la trasmissione dell’HIV e della sua malattia con la necessità di una formazione ed informazione corretta e completa. Gli adolescenti hanno bisogno di qualcuno che li guidi nell’accostarsi in modo sano e sensibile alla sessualità ed a costruire un sistema di valori morali che li porta ad una consapevolezza completa rispetto ai rischi e dunque ad un’adeguata protezione. Ma a chi affidare il compito di prevenire ed educare gli adolescenti rispetto a questa tematica? È il quesito a cui si cercherà di rispondere nel successivo paragrafo.

2.3 La Rete della Prevenzione nei comportamenti sessuali a rischio

Per Salute Sessuale si fa riferimento ad uno stato di benessere fisico, emotivo e sociale connesso alla sessualità, non riconducibile come nel caso della salute globale, alla mera assenza di malattie, disfunzioni o infermità.⁴⁰ Per questo motivo risulta fondamentale un approccio che miri prima di tutto alla Prevenzione e alla Promozione della Salute Sessuale, più che alla guarigione o risoluzione delle malattie presentate poco sopra; questo è possibile attraverso l’utilizzo di un approccio positivo e rispettoso

⁴⁰ Cappellini Vergara F. (2011), *La promozione del benessere nella famiglia, nella scuola e nei servizi. Dal caso alla rete*, Franco Angeli, Milano.

della relazioni, poiché i diritti sessuali di tutte le persone devono essere rispettati, protetti e soddisfatti già nell'età adolescenziale.

Diventa quindi importante promuovere competenze ed abilità, che pur non essendo specifiche del comportamento sessuale, svolgono un ruolo di protezione, ovvero sono fattori protettivi (paragrafo 1.4 del Capitolo 1.), che permettono di instaurare relazioni sessuali soddisfacenti.

Educare alla sessualità implica quindi l'educare alla comunicazione e alla relazione con l'altro. Si tratta di un lavoro complesso che ha inizio nello sviluppo individuale, ma al quale non sono estranei interventi educativi da parte della famiglia, della scuola e della comunità poiché, accanto all'attore adolescente nel potenziare le proprie competenze ed abilità, non possono mancare forti e centrali ruoli educativi da parte degli adulti.

2.3.1 *La Famiglia*

La famiglia si presenta come un soggetto sociale forte di protezione nelle condotte sessuali, nonostante oggi alcuni pensino che essa stia perdendo valore ed importanza, a seguito dell'incremento delle separazioni e divorzi.

La sua azione viene definita diretta ed indiretta nella capacità di influenzare il proprio adolescente. È diretta, quando ci si riferisce ai modelli positivi che lo stesso genitore adotta e propone per il proprio figlio e quindi mediante anche la disapprovazione esplicita dei comportamenti a rischio. L'influenza indiretta invece, si manifesta con lo stile educativo scelto e messo in atto dai genitori, il quale può avere diverse caratteristiche, tuttavia solo un preciso approccio sembra riscontrare esiti positivi nel ridurre le condotte sessuali a rischio e successivamente verrà proposto.

Sicuramente quando un figlio entra nell'età adolescenziale il compito dei genitori diventa maggiormente complesso, poiché essi si trovano a modificare i propri schemi di riferimento, ridefinendo ruoli e relazioni con il proprio figlio.

Per gli adulti, può sembrare difficoltoso affrontare il discorso delle relazioni affettive e sessuali con i propri figli adolescenti. Questo lo si è potuto notare anche solo attraverso la somministrazione del questionario a risposta multipla del Progetto di ricerca-azione "Cosa ne sai" a cui si è accennato precedentemente. Circa una decina di adulti al termine della compilazione, oltre ad aver commentato le stesse domande poiché erano

rimasti sorpresi dal modo in cui si indagava sul tema, hanno chiesto alla ricercatrice se i ragazzi fossero stati in grado di rispondere ai quesiti e quindi se conoscessero tutti gli argomenti sessuali trattati nel questionario, in quanto loro genitori, con quel linguaggio specifico ed esplicito, non avevano mai parlato con i loro figli. Al contrario, i ragazzi e le ragazze non hanno riscontrato alcuna complicità nel comprendere gli ambiti sessuali trattati anzi, per loro quelle domande sono state una chiave per aprire la porta della discussione e dell'approfondimento con il gruppo degli amici presenti e con gli esperti, proprio al fine di chiarire dubbi e curiosità. Molte volte questi ragazzi si fermavano anche oltre l'orario prestabilito per il Progetto chiedendo chiarimenti, informazioni e confrontandosi rispetto alle proprie relazioni sessuali passate e future, come se quelle informazioni riempissero dei "buchi", delle lacune che prima nessuno aveva provato a riempire il quel modo specifico e chiaro.

Come insegnano infatti alcuni Progetti dell'Azienda Ulss17, in particolare il "Progetto Adolescenza Insieme..."⁴¹ proprio rivolti a genitori con figli nell'età dello sviluppo, non esistono "istruzioni d'uso" che indicano chiaramente cosa fare e dire in precisi contesti. Questo non deve creare nei genitori sentimenti di sconfitta o sensi di colpa, in quanto per il figlio è importante la presenza di un genitore capace di sostenerlo; dunque non una famiglia che critichi, con lunghe "prediche" ma una figura genitoriale che utilizzi lo strumento privilegiato del dialogo e del confronto, poiché è in grado di favorire comportamenti positivi sulle condotte sessuali. Dunque, lo scambio di punti di vista ricondotti all'ambito della relazioni sessuali e trascorrere del tempo positivo insieme al proprio figlio imparando a conoscerlo per come sta crescendo e si avvicina all'adulità, aiuta la famiglia a sostenere il proprio ragazzo, a creare attorno a lui una rete di relazioni forti e sicure.

Da alcune ricerche proposte da M. G. Olivari [2013]⁴² sembrerebbe addirittura che maggiore è il tempo costruttivo trascorso insieme alla figura della madre, maggiormente posticipato sarà il debutto sessuale del ragazzo o della ragazza.

⁴¹ "Progetto Adolescenza insieme..." rivolto ai genitori con figli alle Scuole Medie o alle Scuole Superiori di Primo Grado, attuato dalle educatrici del Ser.D dell'A.Ulss17 in collaborazione con gli psicologi della Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva, degli insegnanti, Dirigenti Scolastici e dei Comuni di residenza, a partire dall'anno 2009.

⁴² Olivari M. G. (2013), *Genitori a 16 anni? La prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio e della gravidanza in adolescenza*, Vita e pensiero, Milano.

Un'educazione che si basa solo sul dialogo però non basta, soprattutto perché si rischia che non si vengano nemmeno a creare queste situazioni idonee per farlo, se il comportamento adottato dal genitore è permissivo e non autorevole. Uno stile educativo di osservanza delle regole dentro e fuori alla casa, come rispetto delle figure presenti, favorisce lo sviluppo dell'autonomia nei ragazzi e la consapevolezza dell'esistenza di uno spazio protetto all'interno del quale possono esprimersi ed essere sé stessi.

Il ruolo dei genitori appare primario per un'educazione alla salute sessuale, poiché è la prima relazione comunicativa che permette di creare nei ragazzi la fiducia nel ruolo degli adulti, come figure a cui rivolgersi, su cui poter contare come guida sicura.

2.3.2 La Scuola

Ma affinché i messaggi trasmessi ai ragazzi adolescenti siano coerenti e soprattutto efficaci, la scuola svolge un ulteriore ruolo da protagonista nella promozione della salute sessuale in grado di integrare contenuti ed abilità educative.

Essa viene considerata come un luogo privilegiato in grado di produrre un impatto visibile e significativo sui cambiamenti della salute nella collettività. La scuola infatti oltre ad accogliere per un lungo periodo di vita i soggetti in età evolutiva potendo osservare e monitorare il percorso di crescita salutare, essa è abitata da figure adulte con una funzione educante, in grado di incidere sul sapere, sul saper fare e sapere essere dei futuri adulti.⁴³ Questa è una possibilità educativa unica per il ragazzo e la ragazza poiché permette la relazione quotidiana con gli adulti formatori in uno spazio reale e non virtuale.

Rispetto all'ambito della sessualità i ragazzi cominciano ad instaurare rapporti amicali e di fiducia reciproci diversi anni prima di iniziare ad avere rapporti sessuali e nel momento in cui iniziano a sperimentarsi proprio nel campo affettivo stanno ancora frequentando la scuola. Per questo essa è una risorsa ed opportunità insostituibile per gli interventi di prevenzione sulle condotte sessuali a rischio; anche perché essa si inserisce appositamente nel territorio costruendo reti e connessioni con le altre agenzie educative e sanitarie, potendo proporre ai propri studenti i progetti di prevenzione e di promozione alla salute sessuale con la presenza di figure esperte.

⁴³ <http://www.iss.it/publ/index.php?id=2315&tipo=15&lang=1>, ultimo accesso 2 Gennaio 2015.

Solamente all'interno dell'istituzione scolastica, infatti, sono stati individuati precisi fattori protettivi per lo studente, quali: la soddisfazione dell'esperienza, le relazioni con i compagni, il benessere globale a scuola, potendo far sentire i ragazzi nella propria crescita e quindi anche rispetto alle aspettative sociali e familiari.

A questo proposito, esistono alcuni approcci all'educazione sessuale dei giovani che investono completamente nelle possibilità offerte dalla scuola; ad esempio i Programmi di Sviluppo *Life Options* e gli Interventi di *Service Learning*. Nello specifico, questi si basano sull'assunto che opportunità educative adeguate, come il proseguimento degli studi e le attività extrascolastiche di volontariato possano modificare i comportamenti sessuali di ragazzi e ragazze, riducendo le probabilità delle condotte a rischio. L'idoneità di questi programmi sulla salute sessuale sono evidenti nei risultati delle ricerche riportate dalla psicologa Maria Giulia Olivari [2013];⁴⁴ tuttavia, come la stessa precisa, i ragazzi sottoposti a questi programmi sono capaci di tardare l'età del primo rapporto sessuale, ma questi interventi non riescono ad avere un impatto positivo sulle conseguenze fisiche dei comportamenti sessuali a rischio, come per la trasmissione della malattie sessuali.

Dunque la promozione della salute attraverso la sola presenza nella scuola di un clima positivo e costruttivo con insegnanti e compagni non è sufficiente; si deve tener conto infatti, che non sono tanto le conoscenze e le informazioni in materia di salute sessuale a mancare nei ragazzi, quanto le competenze ed abilità nel saperle utilizzare correttamente.

Questo è il motivo per cui gli operatori dei servizi socio-sanitari sono entrati nella realtà della scuola, oltre che nel contesto familiare (da come accennato precedentemente attraverso il "Progetto Adolescenza Insieme..." rivolto ai genitori). La loro metodologia operativa si rifà principalmente a due modelli di educazione sessuale, fra loro diversi, ma probabilmente combinabili.

Il primo è il Modello Deficit dell'Informazione, il quale parte dalla constatazione che i giovani credano in una serie di miti e leggende sulla sessualità che inevitabilmente aumentano la probabilità di mettere in atto comportamenti a rischio. Ad esempio la

⁴⁴ Olivari M. G. (2013), *Genitori a 16 anni? La prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio e della gravidanza in adolescenza*, Vita e pensiero, Milano.

credenza che si legge sul web circa il fatto che l'AIDS non esista o che non si trasmetti il virus dell'HIV attraverso rapporti orali.

Dunque, attraverso il modello di azione del deficit dell'informazione, il primo passo da attuare è l'aumento della conoscenza e quindi delle informazioni corrette in materia, come soluzione idonea a correggere gli impatti sul rischio. La conoscenza è considerata un importante precursore di cambiamento ma le sole lezioni frontali non bastano poiché altri fattori, come l'autopercezione del rischio, la negazione o sottostima del pericolo, i vantaggi immediati che provengono dall'azione, impediscono agli adolescenti di attuare nelle proprie condotte quanto appreso.

Pertanto, i progetti informativi e conoscitivi non possono limitarsi alla divulgazione delle informazioni poiché non è certa la modificazione dei comportamenti; i formatori, infatti utilizzano altre metodologie ed approcci che aiutino ulteriormente i giovani a prendere atto delle loro condotte agendo con forte potere preventivo. Il Modello Multicomponente risponde alle esigenze educative. È una tipologia di intervento con una maggiore estensione poiché è in grado di favorire nei giovani l'assunzione di responsabilità riguardo la propria salute, potenziandone le competenze psico-sociali. Questo approccio prevede, sia la trasmissione di informazioni corrette sulla sessualità, sia un percorso educativo basato sulla promozione delle cosiddette *life skills*.

Con l'insegnamento alle *life skills*, letteralmente "competenze vitali", ci si riferisce ad una serie di abilità cognitive, sociali, emotive e relazionali che consentono di affrontare al meglio le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana dell'adolescente, poiché aiutano lo sviluppo e il potenziamento dei fattori protettivi nell'individuo aumentando la probabilità di esiti positivi e riducendo le possibilità di rischio.⁴⁵

Nei progetti definiti *life skills education* i ragazzi partecipanti vengono coinvolti attivamente nei processi di apprendimento attraverso una forma di insegnamento dinamico e partecipativo mediante attività pratiche e gruppi di discussione e di confronto. Questo perché permette di sviluppare e potenziare le capacità nei ragazzi di prendere decisioni, di risolvere i problemi, di essere creativi, di avere un senso critico,

⁴⁵ I modelli di intervento basati sulle *life skills* si basano sulla Teoria dell'Apprendimento Sociale sviluppata da Albert Bandura, secondo la quale l'apprendimento è una acquisizione attiva che avviene attraverso la trasformazione e la strutturazione dell'esperienza. La teoria, inoltre, sottolinea come per modificare i comportamenti sia necessario che l'adolescente si percepisca capace di riuscirci a fare (autoefficacia) e che abbia preso coscienza delle conseguenze delle proprie azioni (autocoscienza). Bonino S. Cattellino E. e Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Ed. Giunti Editore, Firenze;

di essere in grado di comunicare efficacemente e nel relazionarsi con l'altro attraverso un approccio empatico, stimolando infine l'autocoscienza e la gestione delle emozioni e dello stress.⁴⁶

L'educazione alle *life skilles* è da anni praticata e la sua applicazione ha in effetti messo in luce come l'acquisizione di queste competenze porti molto più facilmente l'individuo ad assumere un comportamento versatile, positivo ed efficace nell'affrontare in modo migliore le sfide sessuali della vita. Esse infatti sono in grado di incidere sia sugli antecedenti sessuali dei rapporti non protetti, sia sugli antecedenti non sessuali, svolgendo in questo modo una funzione preventiva molto estesa, con l'ottica di evitare future condotte a rischio.

Questo modello di prevenzione, dirige la sua azione rispetto ad una duplice constatazione: da un lato la centralità dell'adolescente e della sua azione nel proprio processo di sviluppo sessuale, e dall'altro il forte ruolo educativo dell'adulto come sottolineato precedentemente. I due aspetti fra loro non sono in contraddizione, anzi, si presentano come complementari ed integranti, ed i professionisti che pianificano la prevenzione "per" e a volte "con" gli adolescenti, conoscono molto bene queste implicazioni, come dimostrano i Progetti presentati nelle pagine seguenti.

2.4 Due Progetti di Educazione alla sessualità e di Prevenzione alle MST

Questa ultima parte del Capitolo sui comportamenti sessuali a rischio degli adolescenti vuole offrire un contributo pratico significativo, in grado di riassumere tutti i contenuti teorici presentati nelle pagine precedenti.

Se l'intento di questo lavoro è infatti la ricerca di nuovi modelli possibili di prevenzione sulle condotte sessuali a rischio, esso non può prescindere dalla descrizione e dall'analisi degli effettivi interventi di educazione sessuale proposti agli adolescenti in questi ultimi anni. Si fa riferimento al Progetto di Educazione alla Sessualità e alla Prevenzione delle MST, dal titolo "*Tra il dire e il fare...*" promosso dall'equipe dell'Azienda Ulss17 della Regione del Veneto alle Scuole Superiori di primo grado del

⁴⁶ Queste sono le abilità necessarie per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare al meglio i problemi della vita quotidiana individuate dall'OMS nel 1992. Bonino S. e Cattelino E. (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*, Erikson, Trento.

territorio, ed al Progetto di ricerca-azione “*Cosa ne sai*” sul livello di conoscenza e consapevolezza dell’HIV/AIDS e delle MST proposto nelle scuole superiori di primo e secondo grado e nei gruppi informali di ragazzi dai 14-18 anni attraverso la tecnica dei focus group, condotto dall’Università Cà Foscari di Venezia.

In entrambi i casi, i progetti di prevenzione vengono intesi come una strategia operativa applicabile all’interno del contesto scolastico e dei gruppi informali, al fine di produrre reali trasformazioni individuali e culturali nei ragazzi e ragazze, poiché incidono direttamente sulle condizioni che determinano la qualità della vita degli adolescenti. Le abilità per impegnarsi in attività sessuali non rischiose sono molte e come si è potuto approfondire hanno notevoli ricadute sia a livello fisico che psicologico. Per questo motivo gli interventi di educazione sessuale che verranno proposti prendono in considerazione anche gli aspetti emotivi e relazionali ricondotti alla sessualità, attraverso l’educazione alla comunicazione con il partner in un clima di rispetto reciproco, al fine di favorire rapporti soddisfacenti, paritari e soprattutto sicuri.

2.4.1 “*Tra dire e il fare...*”

Tra gli interventi di educazione alla salute sessuale proposti dall’A.Ulss17 della Regione del Veneto, attualmente è presente il Progetto “*Tra dire e il fare...*” rivolto agli studenti delle classi seconde e terze delle scuole secondarie di secondo grado.

L’educatrice professionale appartenente all’èquipe del progetto in questione, la Dott.ssa Donatella Simonato, dichiara che il Dipartimento di Prevenzione dell’A.Ulss17 si occupa di promozione alla salute sessuale a partire dal 1990. Nel corso degli anni si è passati da approcci solamente informativi, in cui purtroppo gli studenti erano poco coinvolti e assumevano un ruolo passivo nell’apprendimento, a percorsi dinamici, che vedono i ragazzi stessi attori del processo. La Dott.ssa spiega come l’intervento non venga completamente pianificato dai professionisti a priori, ma venga costruito durante l’incontro in base agli interessi e agli elementi che emergono dagli studenti. Questa metodologia di azione permette l’osservazione da parte degli operatori delle conoscenze e degli atteggiamenti di ragazze e ragazzi, raccogliendo informazioni utili per orientare i futuri Progetti in sede di programmazione, oltre che a favorire l’instaurarsi di un rapporto di rispetto e di fiducia capace di favorire l’apertura al dialogo, anche negli argomenti maggiormente delicati. Viene definita come una relazione educativa ed

animativa dinamica, in cui si valorizza la dimensione concreta che attiva gli adolescenti da un punto di vista cognitivo ed emozionale, come precisato dalla stessa Dott.ssa Simonato durante l'evento formativo del 26 Novembre 2014 dal titolo "Promozione della salute e risorse del territorio a favore dei giovani."⁴⁷ Solo in questo modo, per l'èquipe del Progetto "Tra dire e il fare...", si permette l'apprendimento e la crescita dell'individuo, in grado di superare la situazione di immobilità e spingendosi invece nell'attribuire senso e significato alle informazioni ricevute durante l'intervento, trasformandole in conoscenze stabili, in patrimonio personale come motore di cambiamento.

Nello specifico, la struttura del Progetto è biennale, esso infatti si costituisce di due Moduli; il Primo Modulo, suddiviso in due incontri da tre ore ciascuno, è rivolto alle classi seconde e si svolge nel mese di Maggio, mentre il Secondo Modulo, costituito da un singolo incontro, si svolgerà l'anno scolastico successivo nel mese di Ottobre nelle classi terze che hanno sviluppato il primo modulo. Quindi, in tutto il progetto rivolto agli studenti si costituisce di tre incontri di nove ore totali tenute da un'educatrice professionale dell'U.O.C. Dipendenze e da un'ostetrica del Consultorio Familiare dell'Azienda sanitaria (la Dott.ssa Emanuela Maso); inoltre l'èquipe ha predisposto due ore aggiuntive per approfondire i contenuti ed i metodi dello stesso progetto ai docenti, ai rappresentanti degli studenti ed ai genitori che ne fossero interessati. Solitamente la struttura degli incontri viene presentata approfonditamente alla professoressa della scuola referente all'educazione alla salute ed al Dirigente Scolastico, concordando l'inizio del Progetto nelle classi solo con il loro consenso.

Come riporta il documento "InformaScuola" riferito all'anno scolastico 2013-2014 e 2014-2015", gli obiettivi specifici del Progetto "Tra dire e il fare..." corrispondono a:

- *"Fornire ai ragazzi la possibilità di confrontarsi e di riflettere sui temi della sessualità in un clima di fiducia e di rispetto reciproco;*
- *Aiutare i ragazzi a riconoscere le corrette informazioni in materia, affrontando stereotipi, pregiudizi e false credenze;*

⁴⁷ L'U.O.C. Dipendenze dell'A.Ulss17 ha organizzato per le giornate di mercoledì 24 Settembre, 29 Ottobre e 26 Novembre 2014 l'evento formativo rivolto a tutti i professionisti dell'Azienda sanitaria, dal titolo: "La collaborazione tra i Servizi Sociali di Base e il Dipartimento delle Dipendenze, lo stato dell'arte e le prospettive future". In ogni giornata sono stati trattati argomenti differenti, come: la protezione, il sostegno e la cura dei minori; la protezione, il sostegno e la cura a favore dei soggetti deboli; ed infine promozione della salute e risorse del territorio a favore dei giovani.

- *Attivare una riflessione sugli aspetti universali del rispetto di sé e degli altri in riferimento alla sessualità;*
- *Affrontare i temi di gravidanza indesiderata e delle malattie sessualmente trasmissibili nell'ottica della prevenzione, avviando una riflessione critica su possibilità di rischio e possibilità di protezione.*"⁴⁸

Rispetto alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, l'Azienda Ulss17 negli anni precedenti proponeva alle classi quarte uno specifico progetto di prevenzione sul tema del virus dell'HIV e dell'AIDS. Esso prevedeva il riconoscimento del problema dell'AIDS nella sua globalità, la conoscenza dei servizi sanitari preposti alla prevenzione, la consapevolezza dei comportamenti sessuali a rischio ed il superamento di pregiudizi e paure affinché ragazzi e ragazze fossero capaci e motivati nell'adottare pratiche preventive. Questo, attraverso il confronto con gli esperti e con i compagni in momenti predisposti alla discussione e attraverso l'utilizzo di materiale audiovisivo e questionari adeguatamente strutturati, in grado di stimolare la riflessione e la consapevolezza.

Tuttavia, in fase di verifica del progetto di prevenzione all'AIDS, emergeva la necessità di intervenire in una fascia di età precedente: a 15-16 anni; in questo modo si poteva intervenire il prima possibile sulla trasmissione di informazioni corrette e quindi sulla successiva acquisizione di competenze in materia. Per questo motivo, il Progetto "Tra dire e il fare..." è stato strutturato in tre incontri, permettendo di affrontare tutti gli argomenti in ambito di promozione alla salute sessuale e di prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio.

I contenuti affrontati spaziano infatti dall'anatomia e fisiologia degli apparati genitali femminili e maschili, alla relazione nella sessualità, alle gravidanze indesiderate e quindi alla contraccezione, per finire con la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Anche in questo caso la metodologia utilizzata si costituisce di gruppi di discussione e attività pratiche attraverso materiale cartaceo, didattico e strumentale al tema affrontato.

⁴⁸ InformaScuola 2013-2014 e 2014-2015, documento realizzato dal Servizio Educazione e Promozione alla Salute (SEPS) dell'A.Ulss17 in collaborazione con i diversi professionisti aziendali. Pag. 18.

Gli incontri si rivolgono a singole classi al fine di favorire la costruzione di un clima positivo e sereno con il gruppo classe, ormai integrato, evitando in questo modo possibili imbarazzi o chiusure per la presenza di studenti non conosciuti.

Da un punto di vista pratico durante tutti e tre gli incontri, gli studenti e gli operatori dell'èquipe sono disposti in circolo, i banchi invece sono spostati nei lati dell'aula; questa disposizione permette di creare un clima ulteriormente adatto alle discussioni sulla sessualità, meno formale, raccolto e lontano dall'idea di lezione frontale a cui hanno assistito fino a pochi minuti prima con gli insegnati. Questi ultimi, inoltre, prima dell'inizio dell'intervento sono allontanati dall'aula, sempre nel rispetto dei giovanissimi.

All'inizio di ogni incontro l'educatrice stabilisce e successivamente ribadisce le regole da rispettare durante le attività; ad esempio, non giudicare i compagni, tutto ciò che verrà detto rimarrà segreto, ed invita a rispettare i turni di parola. In aggiunta, l'educatrice professionale e l'ostetrica si presentano rispetto al Servizio in cui operano, spiegando inoltre il Progetto e le sue finalità.

Nelle righe che seguono verrà presentato ogni incontro, poiché ai fini di questo lavoro risulta interessante approfondire approcci e modalità utilizzate dall'Azienda sanitaria nell'affrontare i temi di educazione sessuale.

Primo incontro di Primo Modulo: le relazioni affettive e la sessualità

L'educatrice professionale, introducendo l'argomento partendo dalla derivazione etimologica della parole "sesso",⁴⁹ si sofferma successivamente sulle caratteristiche dell'impulso riproduttivo sin dalle origini della specie umana, cominciando ad approfondire l'importanza delle relazioni affettive tra le persone.

A seguire, viene proposta ai ragazzi un'attività specifica proprio sui significati della sintonia e del contatto con l'altro. L'èquipe dell'A.Ulss17, come accennato precedentemente, riconduce l'educazione all'animazione dinamica e questo molto spesso viene proposta ai ragazzi sotto forma di "gioco", poiché esso attiva le risorse, incentiva la creatività e valorizza il gruppo classe. In questo caso, ai ragazzi è stato proposto di mettersi a coppie, disporsi uno di fronte l'altro, unire le reciproche dita

⁴⁹ "Sesso" deriva dal latino "sèx-us" ovvero procreazione e "sec-àre" separare, tagliare in due. L'educatrice si avvale dei due significati per introdurre il tema ed i contenuti dell'incontro.

cominciando a seguire delle linee immaginarie, con gli occhi chiusi ed in silenzio, per un paio di minuti. I ragazzi si sono mostrati imbarazzati, probabilmente sia perché era la prima attività proposta dall'èquipe, sia perché era una modalità di interazione con i compagni che non avevano mai sperimentato, come qualcuno di loro ha spiegato a seguito dell'esperienza.

Successivamente, l'operatrice racconta agli studenti una storia che tratta di una relazione d'amore tra una ragazza ed un ragazzo (questa accompagnerà tutti e tre gli incontri, facendo da filo conduttore). Il racconto è molto semplice ma in grado di esprimere le preoccupazioni degli adolescenti nel relazionarsi con l'altro sesso, soprattutto alle prime esperienze, in cui inconsapevolmente "ci si mette molto in gioco" e "si rischia moltissimo",⁵⁰ come affermano alcuni ragazzi nella successiva discussione. Al termine di ogni spiegazione o attività infatti, al gruppo classe viene sempre chiesta un'opinione rispetto a quanto proposto, esprimendo le sensazioni provate. Questo per i ragazzi è il modo più semplice ed immediato per riflettere e rielaborare l'esperienza ed inoltre aiuta le professioniste sia ad avere un feedback immediato rispetto al proprio lavoro, sia ad orientare le successive fasi del percorso in base alle attitudini e agli atteggiamenti del gruppo classe.

L'ultima ora disponibile viene dedicata alla spiegazione dell'anatomia e della fisiologia degli apparati genitali maschili e femminili da parte dell'ostetrica, attraverso l'ausilio di alcuni cartelloni e della lavagna disponibile in classe.

Al termine dell'incontro, confrontandosi con le professioniste, emerge come i ragazzi fossero molto imbarazzati e timorosi, soprattutto all'inizio e di come invece successivamente si siano mostrati interessati e concentrati anche nelle attività pratiche animative. Inoltre, emerge come anche durante questi interventi le dinamiche relazionali e comunicative presenti nel quotidiano all'interno della classe vengano mantenute e siano visibili dagli operatori: ad esempio l'individuazione del compagno solitamente "preso in giro" e la presenza di una figura leader nel gruppo classe. Tuttavia queste implicazioni solitamente non sono fattore di disturbo per l'intervento.

⁵⁰ I ragazzi hanno espresso le loro opinioni rispetto alle relazioni sentimentali con l'altro sesso; coloro che hanno parlato (un totale di 2 maschi e 3 femmine) riportavano esempi relativi a storie passate e concluse, sostenendo quanto si incorra in troppe aspettative, rimanendoci male alla fine della relazione e di come si difficile fidarsi dell'altra persona.

Secondo incontro di Primo Modulo: i rapporti sessuali e la contraccezione

L'inizio del secondo incontro solitamente prevede che gli studenti a turno esprimano le loro sensazioni fisiche ed emotive di quel momento; ad esempio: "mi sento le gambe affaticate per il duro allenamento di ieri sera ed in questo momento sono rilassato e curioso rispetto all'incontro di oggi".⁵¹ Questa attività pratica è utile nel ri-instaurare il rapporto di rispetto e di fiducia che si era stabilito nell'incontro precedente con gli operatori, ma soprattutto evidenzia l'importanza e la difficoltà nell'ascoltare il proprio corpo e della difficoltà di "guardarsi dentro" esprimendo le proprie emozioni; tematica questa che viene integrata con il proseguo del racconto di fantasia cominciato nel primo incontro, affrontando la questione dei sentimenti e delle emozioni, anche grazie ad una successiva attività animata.⁵²

Al termine del gioco i ragazzi vengono invitati a riflettere sui significati dello stesso. Emerge l'importanza del rispetto nelle scelte del proprio partner ed il valore della sessualità come atto libero, in assenza di coercizione, di violenza e di discriminazione permettendo in questo modo esperienze sessuali piacevoli e sicure.

Successivamente l'ostetrica introduce il tema della contraccezione: ai ragazzi viene chiesto quali metodi contraccettivi conoscono e che confidenza hanno con questi strumenti. La maggior parte di loro conosce il preservativo e la pillola, ma si evidenzia una certa confusione nella distinzione della pillola anticoncezionale e del giorno dopo; per questo nella fase successiva l'ostetrica si sofferma approfonditamente nel spiegare le caratteristiche e le modalità di utilizzo di ogni metodo contraccettivo, attraverso immagini cartacee e distribuendo lo specifico strumento tra gli studenti al fine di incrementarne la consapevolezza.

Molto brevemente, l'ostetrica ha presentato come metodi contraccettivi l'astinenza sessuale, i metodi naturali, l'anello vaginale, la spirale, il cerotto transdermico, la pillola anticoncezionale, distinguendola accuratamente dalla contraccezione di emergenza (la pillola del giorno dopo) ed infine il preservativo. Rispetto a quest'ultimo strumento è

⁵¹ L'essere stanchi post-allenamento o educazione fisica e sentirsi rilassati e curiosi per l'incontro, sono le sensazioni che più spesso i ragazzi esprimono. A volte sono preoccupati o stanchi dalla scuola, oppure un ragazzo, su ventinove, ha dichiarato di sentirsi agitato proprio per l'attività che si andava a fare.

⁵² Il gioco consiste nel suddividersi a coppie ed un compagno (A) sta al centro mentre l'altro (B) opposto a lui. B deve camminare nella direzione di A guardandolo negli occhi, ma nel momento in cui A dice "stop" B si deve fermare ed il punto in cui si ferma viene considerato come lo spazio personale ed intimo di A.

stata proposta ai ragazzi un'attività molto semplice: divisi a coppie un compagno doveva provare a mettere il preservativo, debitamente distribuito dall'ostetrica, nelle dita dell'altro ragazzo/a. Questa prova pratica ha l'obiettivo di incentivare nei ragazzi la sperimentazione con la contraccezione prima del suo effettivo utilizzo, scoprendo lo stesso strumento. Inoltre ha lo scopo di superare possibili tabù e paure da parte dei ragazzi, aumentando la consapevolezza della semplicità del metodo e soprattutto della difficoltà con cui si possa rompere, aspetto che è emerso al termine dell'attività dagli stessi ragazzi, che sono sembrati stupiti nel vedere come fosse elastico.

L'incontro si conclude con la consegna ad ogni studente di un opuscolo tascabile rispetto ai Servizi offerti dal Consultorio Familiare.

Da questo secondo incontro emerge una maggiore disattenzione da parte dei ragazzi; questa tendenza, come sostiene l'educatrice, potrebbe essere dovuta ad una maggiore confidenza nei confronti dei professionisti dopo il primo incontro. Gli studenti però hanno espresso molto interesse nei confronti della contraccezione, nello specifico alcuni ragazzi hanno riportato brevemente esperienze personali o di amici proprio rispetto all'uso della pillola del giorno dopo e del preservativo, chiedendo chiarimenti. In quel caso l'attenzione è stata maggiore.

L'attività pratica con il preservativo li ha divertiti molto, due studenti però erano molto timorosi, in particolare ad uno di questi, quando gli si è spiegato cosa avrebbe dovuto fare, ha dichiarato che non lo avrebbe fatto perché "si vergognava".

Terzo incontro di Secondo Modulo: le Malattie Sessualmente Trasmissibili

Il terzo ed ultimo incontro si svolge l'anno scolastico successivo come detto precedentemente, quando gli studenti sono in classe terza.

Anche in questo caso l'intervento inizia con le sensazioni fisiche ed emotive dei ragazzi, recuperando la sintonia dei precedenti interventi e cominciando ad introdurre i contenuti dell'incontro.

Le MST vengono spiegate accuratamente dall'ostetrica nelle diversi componenti medico-sanitarie e culturali e sociali. La Dott.ssa infatti si sofferma nella spiegazione di tutte le MST, dalla vaginite batterica al virus dell'HIV, evidenziando da quali si può

guarire con adeguata terapia e quali MST invece sono incurabili, questo attraverso una tabella semplificativa dai diversi colori.

In aggiunta, nel parlare del virus dell'HIV, la Dott.ssa approfondisce come non sia un problema che riguarda solo i tossicodipendenti e gli omosessuali, ma riguarda tutti, correlandosi agli stereotipi e ai pregiudizi diffusi tra i ragazzi e nella società.

Successivamente, gli studenti sono stati suddivisi in gruppi da quattro compagni con la consegna di indicare, in un apposito foglio consegnato, la loro opinione rispetto ai metodi sicuri per proteggersi e difendersi adeguatamente dalle MST. Al termine del tempo concesso, è iniziato un momento di confronto e di discussione nella classe rispetto a quanto scritto. Indicativamente si può affermare che ogni gruppo ha individuato come metodo contraccettivo sicuro il preservativo, ricordando le indicazioni suggerite nel Secondo incontro, l'astinenza sessuale non è stata presa in considerazione come scelta di protezione dalle malattie. I dubbi sono emersi rispetto all'uso della spirale, alcuni non ricordavano nello specifico la sua applicazione e quindi la sua funzione.

Al termine di questo incontro, in quanto ultimo, l'èquipe ha consegnato agli studenti un foglio bianco in cui scrivere i propri commenti ed impressioni rispetto ai tre interventi attuati, aggiungendo eventualmente suggerimenti e proposte per i Progetti futuri.

Questo ultimo intervento vede gli studenti interessati, ma meno partecipi alla discussione. Probabilmente, come qualcuno di loro ha espresso, la causa era la preoccupazione per il compito in classe che avrebbero avuto nell'ora successiva. Tuttavia le tre ore di incontro non sono state vissute pesantemente dai ragazzi, ma sono state sentite come uno loro "spazio libero di espressione", come alcuni di loro hanno espresso. Le professioniste hanno considerato buono e soddisfacente il percorso attuato, rilevando come le classi che frequentino il liceo si presentino maggiormente propense ed attente sia alle spiegazioni teoriche sia durante le attività pratiche, rispetto agli studenti della stessa età degli istituti tecnici. Come l'ostetrica racconta, queste ultime classi a volte diventano difficili da gestire, a causa dei molteplici momenti di disattenzione diffusi e dagli interventi impertinenti alla materia che mettono in difficoltà le stesse professioniste; per questo a volte è successo che interrompessero gli incontri terminando il Progetto a metà percorso.

Riflessioni conclusive

In questo breve spazio, si vogliono evidenziare gli elementi di maggiore interesse rispetto al Progetto proposto e condotto dall'Azienda sanitaria. Gli elementi di attenzione sono sicuramente le potenzialità delle attività animative, in cui grazie "al fare" si apprende recuperando la dimensione del piacere e del gruppo, stimolando la consapevolezza sul tema, riprendendo dunque le caratteristiche del Modello Multicomponente presentato nel precedente Paragrafo. Inoltre, un ulteriore vantaggio sono le nove ore totali disponibili per gli incontri, molte, ma necessarie per affrontare accuratamente gli argomenti. I ragazzi hanno inoltre commentato nel foglio lasciato dall'èquipe per i suggerimenti e proposte, come l'attività sia stata interessante e come fosse necessario proporre più spesso momenti di approfondimento sul tema della sessualità.⁵³

Tuttavia, alcuni svantaggi ci sono, come ad esempio l'impostazione delle attività che a volte sembrano non considerare gli adolescenti di oggi. Nello specifico nella storia di fantasia filo conduttore degli incontri che dovrebbe svolgere il ruolo di immedesimare i ragazzi, si può affermare come il raggiungimento di questo fine si veda un po' difficile considerando la trama della storia: il ragazzo protagonista cerca di contattare la ragazza di interesse scrivendogli un bigliettino e spiandola nel dove abita e che amici frequenta. Gli adolescenti di oggi si contattano istantaneamente attraverso *whatsapp*, o tramite messaggi, foto o video sui *social network*, la relazione con l'altro ha cambiato dimensione anzi si può dire che è a più dimensioni, per cui il racconto di una storia così lontana da loro non fa che perdere l'interesse negli studenti, oltre che la credibilità del Progetto. Sarebbe proficuo che i professionisti coinvolti nel progetto cercassero di trasmettere le informazioni in tema di salute sessuale con maggiore incisività, stimolando con varie strategie l'attenzione degli stessi studenti per tutta la durata dell'incontro.

In conclusione, però si può affermare come il Progetto proposto dall'A.Ulss17 sia riuscito ad essere attuato in quasi tutte le scuole del Distretto sanitario, un'importante

⁵³ I commenti e suggerimenti consegnati dai ragazzi sono stati un totale di 12 su una classe di 29 studenti in cui si era condotto l'intervento. I commenti sono stati tutti positivi, nello specifico, i più rilevanti hanno riportato: "incontri interessanti", "mi ero informata da sola su internet sulla pillola del giorno dopo, ma ora ho capito meglio", "è stato uno spazio libero", "mi sono sentito a mio agio nel fare domande" ed infine "da fare più spesso".

traguardo, che evidenzia come insieme ambito sanitario e scuola producano opportunità insostituibili.

2.4.1 “Cosa ne sai”

Il Ministero della Salute in accordo con la Consulta delle Associazioni per la lotta all’AIDS, ha previsto, a partire dall’anno 2006, la realizzazione di diversi progetti in materia di Malattie Sessualmente Trasmissibili e di HIV/AIDS. Il fine di tale iniziativa è di aggiornare i dati epidemiologici sulla diffusione dell’epidemia, verificare il livello di consapevolezza fra la popolazione rispetto al virus e la successiva sindrome ed infine raccogliere informazioni utili per orientare azioni preventive sempre più mirate ed innovative.

Infatti il fondo stanziato attraverso la Legge del 27 Dicembre 2006, n. 296, ha permesso il finanziamento di diversi Progetti, come la ricerca-azione “Cosa ne sai” condotta dall’Università Cà Foscari di Venezia in sei regioni d’Italia,⁵⁴ tra cui la Regione Veneto, in collaborazione con istituzioni e associazioni no profit nazionali, regionali e locali.

Il Progetto “Cosa ne sai” si è sviluppato partendo dalla constatazione di come negli ultimi anni sia diminuita l’attenzione e quindi il livello di informazione generale in materia di HIV/AIDS e MST; d’altra parte i dati epidemiologici degli istituti competenti rilevano la continua diffusione del virus nel territorio italiano, come già mostrato in questo Capitolo. Per questo motivo, il Progetto “Cosa ne sai” a partire dall’anno 2012 ha voluto indagare se questa minore attenzione sul tema dell’HIV/AIDS da parte delle agenzie educative e formative abbia avuto precise ripercussioni sul livello di conoscenza e consapevolezza del virus nella popolazione generale, nello specifico nei giovani tra i 14 e i 18 anni, nella popolazione migrante e LGBT.

Come argomentato nei paragrafi precedenti, gli adolescenti tra i 14 e i 18 anni sono considerati maggiormente esposti alle condotte sessuali a rischio, con la possibilità di adottare inconsapevolmente comportamenti errati sia nel loro presente che in futuro; d’altronde negli ultimi anni la scarsità dell’offerta formativa sulla materia, ha spinto le giovani generazioni a raccogliere notizie sul web o attraverso il passaparola tra amici,

⁵⁴ La scelta delle regioni coinvolte ha seguito due criteri: la rilevanza epidemiologica della malattia rilevata dalle istituzioni preposte, l’organizzazione dei servizi socio-sanitari ed infine la rappresentatività territoriale nord, centro e sud. Nello specifico le regioni coinvolte sono: Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Campania e Sicilia.

favorendo il diffondersi di conoscenze lacunose e/o sbagliate, potenzialmente pericolose per la salute sessuale degli stessi adolescenti.

Il Progetto pertanto si pone l'obiettivo di raccogliere informazioni sul livello di conoscenza e consapevolezza del virus dell'HIV e della sindrome dell'AIDS nei ragazzi tra i 14-18 anni, attraverso un questionario a risposta multipla. Tuttavia, come si è visto precedentemente, un intervento sugli adolescenti con queste finalità non pare sufficiente a modificare effettivamente i comportamenti agiti; questa è la ragione per cui è stato scelto ed utilizzato per il Progetto la metodologia della ricerca-azione. L'approccio della ricerca-azione permette di porre tra gli obiettivi, accanto alla produzione di conoscenza, un'azione educativa di sviluppo consapevole e di mobilitazione diretta all'azione.⁵⁵ Ovvero la ricerca del dato quantitativo, si lega ad un immediato intervento di prevenzione alle MST e all'HIV/AIDS, mediante momenti di analisi e di confronto con gli stessi giovani, in grado di favorire un'immediata consapevolezza ed approfondimento degli elementi che maggiormente incidono nel successivo comportamento agito.

Gli esperti, i formatori ed i ricercatori del Progetto "Cosa ne sai" si sono rivolti alle Scuole Superiori di primo e di secondo grado ed ai gruppi di aggregazione giovanili per il loro valore educativo, strutturando un questionario di trenta domande a risposta multipla pensato appositamente per far emergere nei ragazzi le conoscenze lacunose, le false credenze e i pregiudizi in tema di AIDS e MST, e sviluppando successivamente una concreta azione di prevenzione. L'attività formativa è stata gratuita e consisteva in un incontro, della durata di due ore circa, condotto da un ricercatore esperto messo a disposizione dall'Università Cà Foscari di Venezia.

L'attuazione del Progetto nelle scuole superiori ha raccolto 5.824 questionari utili; in particolare nella Regione del Veneto 928 ragazzi e ragazze hanno risposto alle trenta domande riportando il proprio livello informativo e conoscitivo sul tema dell'HIV/AIDS e MTS. Alcuni di questi dati sono già stati riportati nei Capitoli precedenti. Altri questionari sono stati raccolti durante gli interventi condotti in gruppi informali, come gruppi parrocchiali, scout e sportivi; in questo caso si è potuta integrare la metodologia della ricerca-azione con un'ulteriore strumento di indagine flessibile e

⁵⁵ E. Babbie (2010), *Ricerca sociale*, Apogeo Feltrinelli Editore, Milano.

qualitativo che permettesse di approfondire ulteriormente i significati ed i processi alla base delle informazioni e condotte in materia di HIV/AIDS e MST: i focus group.

Il Focus Group

“Contrariamente ad un’idea largamente diffusa, le finalità dell’attività scientifica non sono spiegare il reale [...] ma rispondere agli interrogativi sul reale.”[1985]⁵⁶

Questa citazione è in grado di introdurre il motivo per cui si è deciso di integrare la metodologia della ricerca-azione nel Progetto “Cosa ne sai” con un’ulteriore tecnica qualitativa.

I focus group infatti, si presentano come uno degli strumenti più diffusi nelle scienze sociali a partire dagli ultimi quarant’anni, tant’è che oggi discipline come la psicologia e la sociologia si contestano la paternità e le competenze di esercizio dell’approccio.⁵⁷

Le ragioni della sua popolarità sono da ricondurre alle stesse potenzialità della tecnica: la possibilità di indagare, esplorare e studiare atteggiamenti, ruoli, opinioni, conoscenze e grado di consapevolezza degli individui, su specifici argomenti o aree di interesse stabiliti, attraverso un’intervista di gruppo non strutturata. I focus group implicano infatti la costruzione di gruppi condotti da un moderatore o formatore e da un assistente o osservatore, poiché considera l’interazione sociale un’importante risorsa di rilevazione di dati empirici riguardo la costruzione dei significati sociali nella popolazione, solitamente rispetto ad un argomento sensibile.

Gli ambiti di applicazione di questa tecnica sono da ricondurre al settore organizzativo e formativo, all’area del marketing ad esempio, per prevedere e comprendere i gusti dei consumatori rispetto a determinati prodotti. Oppure possono essere impiegati nell’ambito dei servizi sanitari, per raccogliere informazioni e valutare l’efficacia di un particolare servizio. Riguardo ai partecipanti, invece, si possono cogliere alcuni vantaggi del metodo, poiché è più semplice coinvolgere utenze difficilmente

⁵⁶ R. Boudon, sociologo francese (1934-2013) in M. Cardano, (2006), *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Carocci editore, Roma.

⁵⁷ La tecnica dei focus group si è sviluppata negli anni Quaranta dal sociologo statunitense Paul Felix Lazarsfeld (1901-1976) nel Dipartimento di Ricerca Sociale Applicata dell’Università di Columbia. Nel 1946 Robert K. Merton (1910-2003) pubblicò il primo articolo nell’*“American Journal of Sociology”* su questa tecnica che fu utilizzata dallo stesso studioso per valutare lo stato morale dei soldati coinvolti nel conflitto bellico.

raggiungibili con altre tecniche, come ad esempio accade con le tradizionali interviste. Si pensi alle persone non in grado di leggere e scrivere, o a coloro che per caratteristiche personali non riuscirebbero a sostenere un'intervista strutturata, oppure ancora ai soggetti che non avendo informazioni sufficienti rispetto all'oggetto di indagine non verrebbero coinvolti nella ricerca.

Per quanto concerne il settore di interesse, quale la Promozione della Salute Sessuale, la tecnica qualitativa dei focus group permette di rilevare gli atteggiamenti comuni nei confronti delle sessualità e dei rispettivi comportamenti a rischio, raccogliendo informazioni fondamentali nella definizione di programmi di intervento efficaci, nello sviluppo di campagne informative e di prevenzione mirate, ed infine di valutazione dell'esito degli stessi progetti. Questo è possibile poiché, secondo gli studiosi di ricerca sociale, la tecnica del focus group ha una somiglianza con il processo di conversazione "normale", di discussione familiare, tra amici o colleghi, in grado di far emergere spontaneamente esperienze personali ed emozioni individuali in un clima di ascolto e di rispetto reciproco, ai fini di un confronto tra i partecipanti.⁵⁸

Tuttavia, in fase di pianificazione, non è come organizzare una semplice discussione tra conoscenti, poiché è necessario prestare la massima attenzione tanto per aspetti logico-metodologici quanto per quelli pratico-organizzativi, al fine di non compromettere il risultato finale.

Nello specifico, le prime fasi di pianificazione corrispondono alla definizione dell'obiettivo di ricerca, i criteri di selezione dei partecipanti, del moderatore e dell'assistente, la griglia di conduzione dei focus group ed infine la scelta del *setting*, anche al fine di capire se effettivamente la tecnica scelta è congruente con gli scopi che ci si prefiggono per la ricerca.

Rispetto alla conduzione dei focus group per il Progetto "Cosa ne sai", nella definizione dell'obiettivo di ricerca si è cercato di rispondere ad alcune domande; ad esempio: quali sono le informazioni che si desiderano ottenere? Come dovranno essere usate queste informazioni e da chi? Chi sono i soggetti più adatti che possono dare le informazioni di cui si hanno bisogno?

Emerge come sia primario l'interesse di fare un'indagine riguardo al livello di conoscenza in materia di HIV/AIDS e MST nei ragazzi adolescenti, attraverso la tecnica

⁵⁸ Albanesi C. (2005), *I Focus Group*, Carocci editore, Roma.

quantitativa del questionario, ma in particolare con i focus group ci si prefiggevano anche altri obiettivi. Si voleva infatti esplorare l'ambito delle informazioni errate o lacunose dei ragazzi, soprattutto cercando di sapere da quali fonti provenissero; ciò significa poter compiere un'analisi sui luoghi in cui gli adolescenti di oggi ricercano informazioni o notizie in materia di MST, sui momenti in cui lo fanno e se sono soddisfatti delle risposte ricevute. Inoltre si desiderava sapere se avessero mai partecipato ad altri progetti di prevenzione come quello in questione, e se fosse stata utilizzata, secondo la loro opinione, una metodologia efficace ed innovativa in grado di rispondere alle loro esigenze. Per ultimo, attraverso la discussione ed il confronto con il gruppo, era importante far emergere proposte e suggerimenti per i futuri progetti di promozione e prevenzione offerti dalla Rete dei Servizi della scuola e della famiglia, in grado di comunicare efficacemente con gli stessi adolescenti.

La scelta dei partecipanti per i focus group del Progetto "Cosa ne sai" è ricaduta negli adolescenti del territorio della Regione del Veneto. Per quanto riguarda la loro età, era emerso già dai primi interventi di ricerca-azione nelle scuole superiori, come i ragazzi tra i 14 e 15 anni fossero meno chiamati in causa, rispetto ad altri adolescenti, in materia di MST. In effetti non avrebbero avuto abbastanza competenze ed esperienze a riguardo per sostenere una discussione ed un confronto semi-strutturato nel contesto dei focus group. Di conseguenza, il target a cui ci si è riferiti comprende gli adolescenti maschi e femmine dai 16 ai 18 anni, che avessero una certa quantità e qualità di informazioni circa l'oggetto della ricerca, che fossero abbastanza motivati a partecipare ai gruppi di discussione, e soprattutto che si presentassero abbastanza disponibili ad esprimere le proprie opinioni in un contesto di scambio. Principalmente, per questo ultimo motivo, la scelta dei partecipanti è ricaduta in gruppi di ragazzi e ragazze conoscenti, che possedessero prima dell'intervento "Cosa ne sai" il senso di appartenenza al proprio gruppo e che fossero quindi abituati ad interagire ed a comunicare tra loro, in un contesto informale ed extra-scolastico.

Seguendo le indicazioni della tecnica qualitativa in oggetto, i gruppi non dovevano essere troppo numerosi (10-12 partecipanti) e la durata dell'incontro, di circa due ore, in corrispondenza alla complessità e alla delicatezza del tema trattato.

Per il reclutamento dei partecipanti si è pensato di rivolgersi a gruppi neutri di aggregazione, parrocchiali, scout ed associazioni sportive presenti nella Regione

Veneto, in particolare nella Bassa Padovana.⁵⁹ A seguito di una capillare ricerca di quali fossero i gruppi esistenti nel territorio a cui si poteva proporre il Progetto, si è proceduto al reclutamento degli stessi partecipanti contattando primariamente i referenti ed organizzatori dei gruppi. Questo è avvenuto con diverse modalità, a seconda del gruppo a cui ci si è rivolti; per le associazioni sportive ed i gruppi neutri di aggregazione giovanili si è proceduto indicativamente attraverso un primo contatto telefonico ed un successivo incontro faccia a faccia con i referenti, al fine di verificare se i ragazzi rispondessero al target richiesto e se soprattutto fossero disponibili al Progetto. Rivolgendosi invece ai gruppi parrocchiali e scout, ci si è informati circa gli animatori ed educatori dei gruppi tramite le istituzioni. In un secondo momento, contattandoli attraverso l'invio di una e-mail o messaggio privato in *facebook*, si è andati a verificare l'interesse verso il Progetto e la disponibilità all'intervento di Prevenzione sulle condotte sessuali a rischio. A tutti i referenti sportivi, animatori ed educatori che avessero accettato di far partecipare con i propri ragazzi al Progetto, è stata inviata tramite e-mail la scheda informativa della ricerca "Cosa ne sai", illustrando motivi, obiettivi, scopi, l'utilizzo dei dati, perché e in quale modo si richiede la loro collaborazione ed infine i contatti per eventuali chiarimenti, richieste o ulteriori informazioni. Inoltre, in apposite buste, sono stati consegnati per ogni genitore dei ragazzi partecipanti una copia della lettera di presentazione al Progetto "Cosa ne sai" ed una copia del questionario, al fine di informare le famiglie circa l'intervento condotto con la richiesta di far compilare alle stesse il questionario.⁶⁰

I gruppi della Bassa Padovana che hanno partecipato ai focus group del Progetto "Cosa ne sai" sono stati in totale cinque, compreso l'incontro pilota,⁶¹ raccogliendo un totale di 57 questionari utili nei mesi di Aprile e Maggio 2014.

Nello specifico, all'incontro pilota hanno partecipato 9 ragazzi/e, un successivo intervento è stato condotto con una squadra di calcio dove sono stati raccolti 15

⁵⁹ Bassa Padovana comprende circa 30 comuni, situati nella parte meridionale della provincia di Padova, con oltre 110.000 residenti, per una superficie complessiva di 526,33 Km.

⁶⁰ Il Progetto "Cosa ne sai" indagando anche sul livello di conoscenza e consapevolezza alle MST nella popolazione generale, avrebbe usufruito dei questionari compilati dai genitori dei partecipanti ai focus group nell'analisi dei dati.

⁶¹ Lo studio pilota corrisponde al collaudo della tecnica del focus group. E' stato scelto di inserirlo con gli altri interventi condotti e quindi nell'analisi dei dati, poiché il questionario, la griglia della domande e la modalità di conduzione del focus group pilota è uguale ai successivi incontri, dunque non vi sono state fatte modifiche.

questionari, un focus group è stato realizzando in un gruppo di animazione parrocchiale con 10 adolescenti, un gruppo neutro di aggregazione giovanile ha permesso di raccogliere altri 12 questionari ed infine è stato effettuato un intervento con un gruppo scout composto da 11 soggetti tra ragazzi e ragazze.

I gruppi si sono presentati abbastanza omogenei. Per quanto riguarda il genere, i ragazzi partecipanti (in tot. 33) sono stati maggiori delle ragazze (in tot. 24), poiché scegliendo di condurre un focus group in una squadra di calcio maschile la percentuale di ragazzi si è ovviamente intensificata. Riconoscendo questo limite di indagine in corso d'opera, si è cercata una squadra di pallavolo femminile o di danza a cui proporre il Progetto, per cercare di rendere il campione maggiormente omogeneo, ma purtroppo non c'è stata la possibilità. Per quanto riguarda l'età dei partecipanti, l'anno maggiormente rappresentato è quello dei 17 anni, con 21 presenze, a seguito i 16 anni con 12 ragazzi/e, ed infine 6 diciottenni. La conduzione degli incontri è stata tenuta da una moderatrice studentessa dell'Università Cà Foscari e da un'osservatrice collaboratrice del corso di Laurea Magistrale in Servizio Sociale e Politiche Pubbliche.

Il *setting* è stato deciso anticipatamente in relazione alle caratteristiche dei partecipanti. Per rispondere ai bisogni di accessibilità e di confort dei ragazzi, si è optato di svolgere i focus group nelle rispettive sale messe a disposizione dagli stessi gruppi sportivi e giovanili, predisponendo un ambiente senza distrazioni, con le sedie in circolo in modo che tutti i partecipanti e la conduttrice potessero vedersi. L'assistente collaboratrice ha occupato invece un ruolo marginale rispetto al gruppo, ma sempre in una posizione in cui potesse vedere e poter prendere nota durante l'incontro dei temi salienti, delle domande poste dai ragazzi ed osservando la comunicazione non verbale. A questo proposito è stata predisposta una tabella costruita appositamente dalla ricercatrice che è stata utilizzata nelle stesse modalità in tutti gli incontri, facilitando in questo modo la successiva analisi dei dati.

La preparazione e la gestione del focus group è rimasta invariata per tutti e cinque gli incontri ed è stata decisa anticipatamente dalla conduttrice-ricercatrice, comunicandone successivamente all'assistente la struttura. Si è optato per elaborare una *questioning route* o *topic guide* ovvero una griglia di conduzione strutturata in cui venissero elencati i temi salienti da affrontare con le relative domande da porre ai partecipanti; tuttavia si è avvertita l'esigenza di rendere flessibile l'incontro rispetto al

tempo dedicato ai diversi temi e in base alle richieste espresse dai ragazzi, rispondendo anche ai loro bisogni di conoscenza ed informazione. Si voleva infatti avere una griglia, una scaletta strutturata ed uguale per tutti i focus, ma allo stesso tempo si desiderava che i ragazzi sentissero l'intervento come uno spazio esclusivo per loro in cui esprimersi liberamente.

Ogni focus group prevedeva che a seguito della sistemazione della sala, la conduttrice accogliesse i genitori ed i ragazzi partecipanti all'arrivo, conversando con i familiari rispetto al Progetto in questione (motivazioni, aspettative), raccogliendo i questionari compilati dai genitori e rispondendo inoltre a diverse domande poste. Aspettando l'arrivo di tutti i partecipanti, si intrattenevano allo stesso modo anche i ragazzi arrivati, ma parlando di argomenti generali e quindi non relativi all'incontro.

Dopo aver fatto accomodare i ragazzi, ogni focus group cominciava ringraziando i partecipanti di essere presenti ed i rispettivi referenti o educatori per la possibilità di attuazione del Progetto; inoltre la conduttrice e l'assistente brevemente si presentavano ed introducevano le motivazioni e gli scopi del Progetto "Cosa ne sai". Successivamente era il momento che i ragazzi e ragazze si facessero conoscere, dicendo a turno il proprio nome, la scuola frequentata e se avessero mai partecipato ad incontri di Prevenzione o di Promozione della Salute Sessuale.

La conduttrice poi chiariva l'argomento che si andava ad affrontare, aggiungendo prima dell'inizio della seduta, alcune brevi e veloci regole quali, ad esempio: "Non ci sono domande giuste o sbagliate", "Ciò che verrà detto sarà tutelato dalle norme sulla privacy". Inoltre si invitavano i partecipanti a rispettare i turni di parola, e a non disturbare i compagni anche solo con il cellulare.

A seguito, si distribuivano i questionari e si lasciavano ai ragazzi circa 20 minuti di tempo per la compilazione (nella sezione Appendice di questo lavoro è possibile prendere visione del questionario: Fig. A.2.1). Consegnato lo stesso si intendeva avere dai ragazzi un immediato feedback sullo strumento, indagando pure se durante gli incontri di Prevenzione a cui avevano partecipato in passato era stato somministrato uno strumento di raccolta dei dati.

L'incontro procedeva con la spiegazione del virus dell'HIV, della sindrome dell'AIDS e delle successive MST approfondendo modalità di contagio, di cura e di prevenzione. I partecipanti erano invitati a porre domande al conduttore rispetto a quanto detto e lo

stesso durante la spiegazione si interrompeva ponendo delle domande ai ragazzi in grado di stimolare la discussione ed il confronto oltre che la raccolta di dati qualitativi. Alcune erano del tipo: “*Cosa vi viene in mente?*”, “*Su questo vi viene in mente altro?*”, oppure “*Com’è secondo voi....?*” e riprendendo le risposte dei ragazzi “*Ho capito bene se dico...*” al fine di assolvere alla cosiddetta “funzione specchio”, ovvero mettere gli adolescenti davanti ad una loro stessa affermazione, stimolandone la consapevolezza.

L’ultima fase del focus group prevedeva maggiore confronto e discussione tra i partecipanti, poiché venivano mostrate alcune delle campagne informative sociali rispetto alla prevenzione delle MST promosse dal Ministero della Salute (Fig. A.2.2), dalla Regione del Veneto (Fig. A.2.3 e Fig. A.2.4), dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) (Fig. A.2.5) ed infine dalla Lega Italiana per la Lotta contro l’AIDS (LILA) (Fig. A.2.6) come riportati nella sezione Appendice dell’elaborato. Ai ragazzi e alla ragazze veniva chiesto: “*Quali elementi catturano la vostra attenzione quando vedete un opuscolo di questo tipo?*” “*Come voi lo preferireste?*” “*Spiegate perché lo definireste...*”.

In conclusione, si faceva sintesi di quanto detto durante l’incontro assieme ai partecipanti, chiedendo “*Se si fosse dimenticato qualcosa?*” e soprattutto veniva chiesto “*Quali sono secondo voi le cose più urgenti da fare?*”. Vedremo di seguito cosa i ragazzi e le ragazze hanno risposto.

Analisi dei dati

L’analisi dei dati del Progetto “Cosa ne sai”, condotto con la tecnica dei focus group, raccoglie dunque sia informazioni quantitative (attraverso la somministrazione del questionario) sia qualitative (grazie al confronto e alla discussione dei ragazzi). Pertanto i dati ottenuti sono molti. Per questo, considerando l’oggetto e gli scopi di questo lavoro, di seguito non verranno presentate tutte le trenta domande a cui hanno risposto i ragazzi e le ragazze, ma solamente quelle che potrebbero essere utili per i professionisti della Rete nel pensare ad una Prevenzione sempre più efficace e mirata. Si cercherà di tracciare il profilo medio dell’adolescente nei confronti della sessualità e delle MST, rispetto a conoscenza su contagio e prevenzione, stereotipi, paure e aspettative individuali e sociali affinché i destinatari dei Progetti di Prevenzione e di

Promozione della salute sessuale siano ragazzi reali della società di oggi e non soggetti teorizzati sui libri di decine di anni fa.

Come già anticipato, i partecipanti sono stati un totale di 57, nello specifico 33 ragazzi e 24 ragazze tra i 16 e i 19 anni. Tutti, come hanno dichiarato, ancora studenti, la maggior parte frequenta un istituto ad indirizzo tecnico, informatico e linguistico o il liceo scientifico ed una piccola componente di adolescenti è iscritto ad indirizzi professionali.

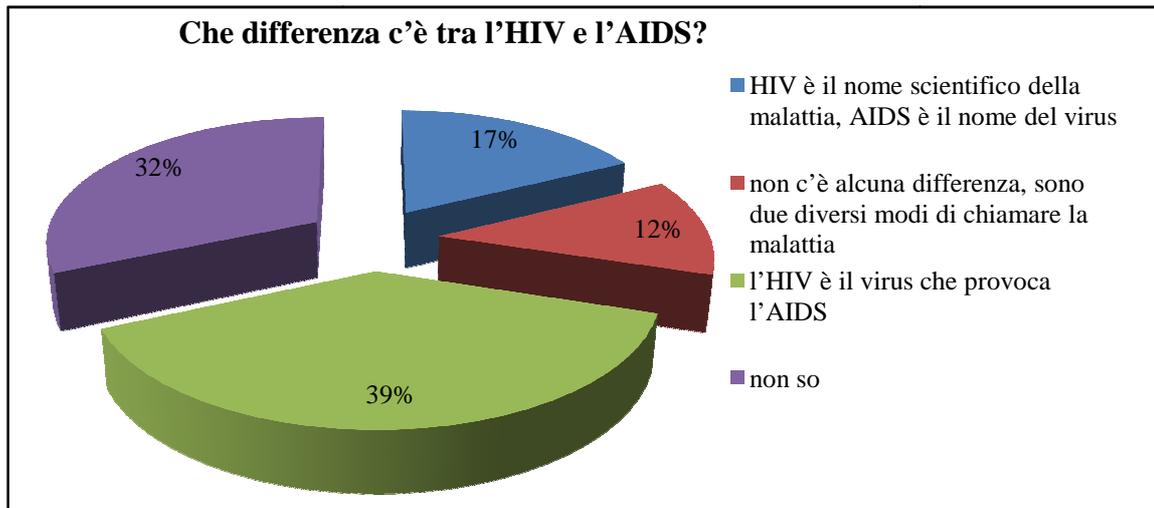
Rispetto alla passata partecipazione a Progetti di Prevenzione, si può affermare come tutti avessero partecipato ad incontri informativi a scuola, sia in materia di sessualità, sia di prevenzione all'abuso di alcol, alla dipendenza da sostanze psicotrope e stupefacenti e di promozione all'alimentazione corretta. Dunque si può notare come le azioni di prevenzione nel territorio della Bassa Padovana siano attuate affrontando i temi generali dei comportamenti adolescenziali a rischio attraverso una stretta collaborazione tra Servizi Specialistici e Scuola, essendoci dunque una corrispondenza tra teoria ed intenti dichiarati dai professionisti e pratica ed azioni messe in atto.

Partendo dall'analisi delle risposte quantitative ottenute tramite la somministrazione del questionario, è interessante approfondire la conoscenza effettiva, attuale dei ragazzi in tema di MST.

La **Domanda 4**: "Che differenza c'è tra HIV e AIDS" intendeva indagare se i ragazzi conoscessero la differenza tra i due termini in questione.

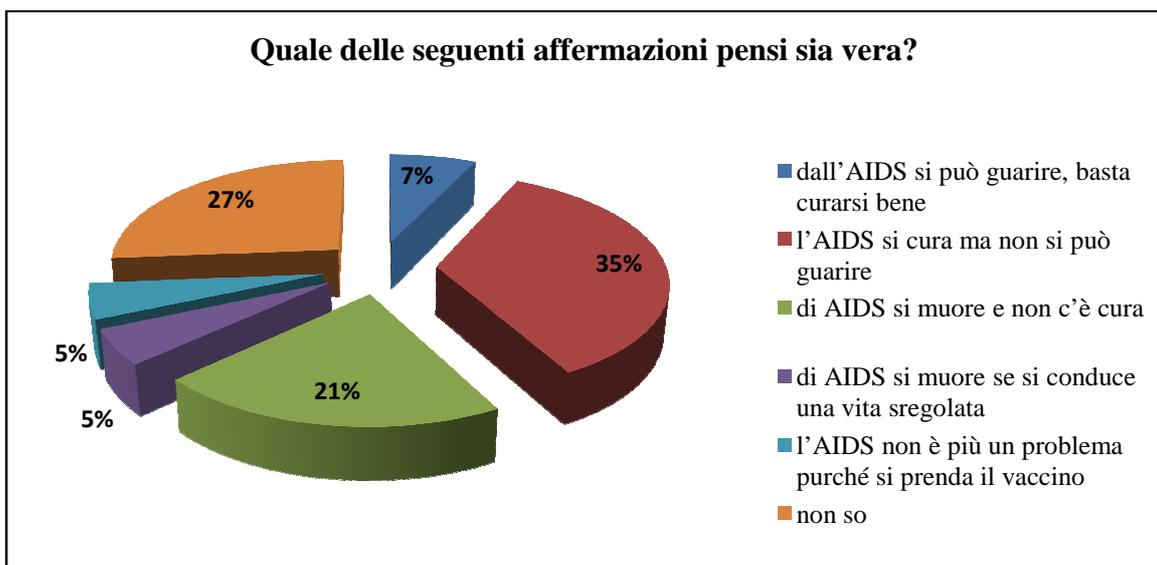
Il 39% dei ragazzi/e ha risposto correttamente, ovvero che l'HIV è il virus che provoca l'AIDS, ma questo dato non supera di molto il 32% degli adolescenti che hanno risposto di non saper rispondere. Questa domanda sembrerebbe semplice per ragazzi/e che hanno dichiarato di aver già partecipato ad incontri informativi in passato in materia di MST. Infine il 17% ha risposto che "L'HIV è il nome della malattia e l'AIDS il nome del virus", ed il restante 12% sostiene non si sia differenza tra i due termini. Dall'analisi di queste risposte emerge già un profilo di adolescenti che "non sanno" (elemento costante in questa analisi) e da come è emerso attraverso il confronto, effettivamente non conoscono completamente la materia, né da un punto di vista scientifico, che forse si può affermare sia il meno importante, né sotto il profilo pratico della prevenzione al contagio alle MST, aspetto invece fondamentale.

Fig. 2.1 “Cosa ne sai” Domanda 4.



Un'altra domanda che indaga l'ambito conoscitivo rileva la consapevolezza dei giovani circa la possibilità di cura dall'AIDS. Come mostrato nel grafico, la **Domanda 13** chiedeva “Quali delle seguenti affermazioni pensi sia vera”. Il 35% dei ragazzi afferma giustamente che l'AIDS si cura ma non si può guarire; ma il dato immediatamente successivo è il 27% dei ragazzi che dichiara nuovamente di non sapere ed il 21% dei ragazzi sostiene che l'AIDS sia ancora una malattia senza cura. Anche in questo caso si nota come vi sia confusione nella consapevolezza del virus dell'HIV e delle sue conseguenze.

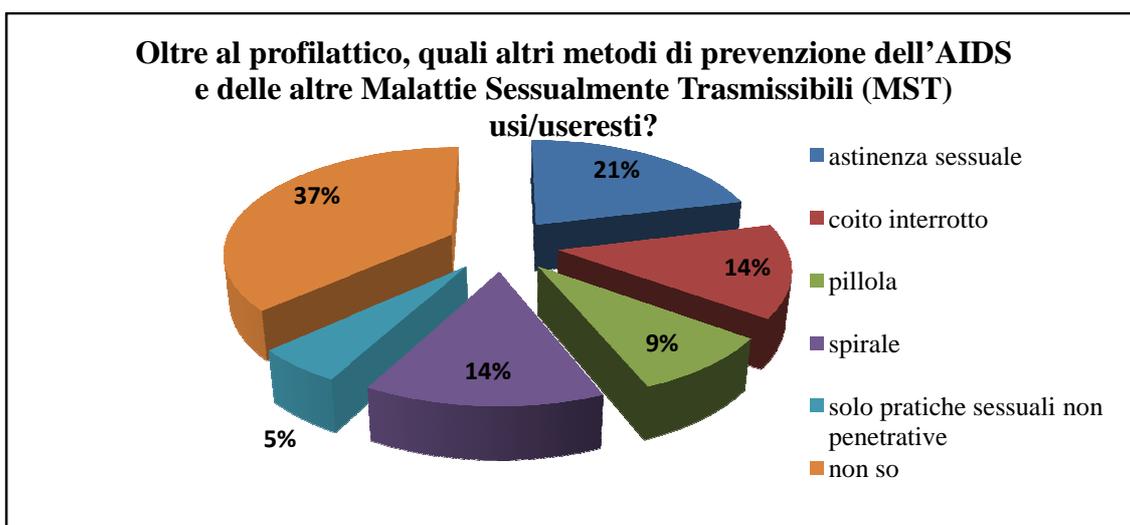
Fig. 2.2 “Cosa ne sai?” Domanda 12.



Infatti le domande poste dai ragazzi durante i focus group ricadevano nella richiesta ulteriori di informazioni circa la cura e la morte per AIDS. Inoltre, spesso facevano domande rispetto al contagio, rimanendo sorpresi da come le zanzare non trasmettessero il virus (in particolare in un focus group la conduttrice si è dovuta soffermare nel descrivere le differenze tra il virus dell'HIV e la malaria). Altre domande poste riguardavano il chiarimento rispetto alla terminologia specifica di “petting”, “periodo finestra” e “sesso orale” che i ragazzi hanno ritrovato nel questionario. Inoltre un soggetto ha chiesto se si poteva prendere l'HIV a qualsiasi età, evidenziando un pensiero tipico degli adolescenti che si sentono immuni dalle MST, e percepiscono quindi la questione con un certo distacco, come se per il momento tale problema non li possa riguardare. Potrebbe essere questa una delle cause delle scarse conoscenze in materia.

Rispetto all'ambito della prevenzione del virus e delle altre MST i ragazzi si sono mostrati molto partecipi ed interessati. Nel questionario la **Domanda 14** chiedeva: “Oltre al profilattico, quali altri metodi di prevenzione all'AIDS e alle MST usi/useresti?”. Il 37% dei ragazzi ha risposto di non sapere. Ma il dato che può essere maggiormente allarmante e contraddittorio, è che solo il 5% ha correttamente risposto per le pratiche sessuali non penetrative e ben il 21% degli adolescenti ha scelto come metodo di prevenzione alle MST l'astinenza sessuale. La contraddizione nasce dal fatto che la sessualità, come è stato dimostrato, è centrale nel comportamento degli adolescenti di oggi e l'astinenza è la sua antitesi. L'altro aspetto riguarda la scissione tra la sfera sessuale e la sfera affettiva, considerata quest'ultima più sicura nelle pratiche perché “fondata sulla fiducia e sull'affetto”. Per cui “se c'è amore e fiducia il rischio non esiste”, con la tendenza alla completa negazione del rischio e quindi la possibile trasmissione delle MST. A pagine seguente è possibile prendere visione del grafico.

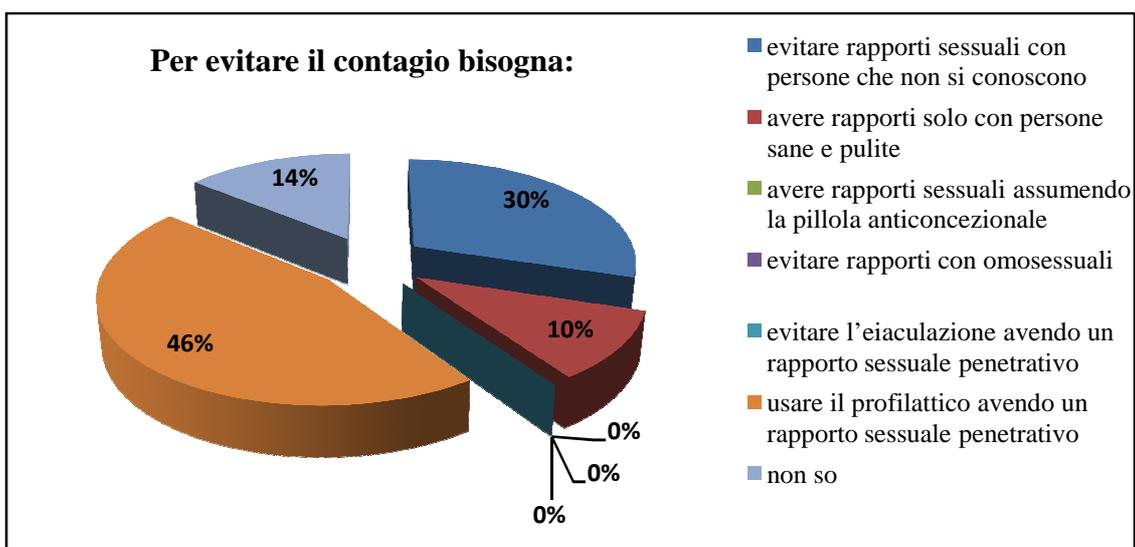
Fig. 2.3 “Cosa ne sai” Domanda 14.



Inoltre il 14% degli adolescenti ha individuato come metodo di prevenzione al contagio la spirale ed il coito interrotto. Rispetto al primo metodo si è riscontrato in sede di discussione come non sapessero cosa fosse e quindi quale funzione avesse. Inoltre affrontando il tema del preservativo maschile e femminile, i partecipanti di tutti e cinque i focus group hanno dichiarato di non conoscere e soprattutto di non aver mai sentito l’esistenza del preservativo femminile (femidom) dimostrandosi interessati alla tecnica ma non del tutto convinti nella sperimentazione dello stesso con i propri/e partners. Inoltre, altre domande poste che hanno stimolato la discussione e il confronto, riguardavano la trasmissione del virus nel momento del soccorso ad una persona ferita, circostanza che interessava molto i ragazzi sportivi. Gli stessi giocatori di calcio hanno anche chiesto informazioni rispetto al cambiamento dello stile di vita dell’individuo a seguito del contagio e quindi se le persone con l’HIV possono sostenere un’attività sportiva agonistica. Dunque si nota interesse sia per gli aspetti che riguardano le conseguenze alla presenza del virus dell’HIV nell’organismo, sia alla prevenzione dei rischi alle MST nelle situazioni “fuori controllo”.

Si vuole evidenziare ora come gli indici maggiori di contagio siano attraverso i rapporti sessuali, per questo un’ulteriore domanda del questionario chiedeva: “Per evitare il contagio bisogna”.

Fig. 2.4 “Cosa ne sai” Domanda 12.

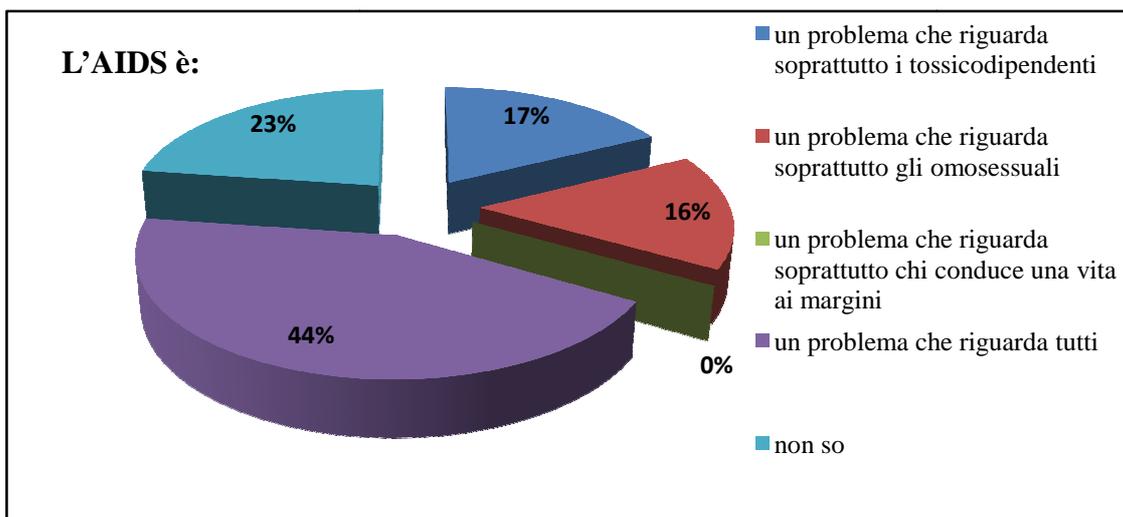


Ne segue che alla **Domanda 12** il 46% dei ragazzi sostiene correttamente che bisogna usare il profilattico quando si ha un rapporto penetrativo e, a conferma di quanto esposto sopra rispetto alla diversificazione del'ambito sessuale con quello affettivo, il 30% degli adolescenti ha risposto che “basta non avere rapporti sessuali con le persone sconosciute”. Dunque è evidente come per loro il compagno di banco o l'amico/a conosciuto/a nei *social network* da molti anni siano considerati non a rischio. Per questo motivo durante la spiegazione la conduttrice ha precisato come le “persone conosciute” siano intesi i partner con cui si ha un rapporto confidenziale e di reciproco rispetto da un periodo medio-lungo.

Un'altra informazione da evidenziare è come il 10% consiglia di avere rapporti solo con persone sane e pulite, atteggiamento strettamente connesso ad uno stereotipo. Infine è presente anche in questa domanda il “non so” corrispondente al 14% dei partecipanti.

Proseguendo con l'analisi dei dati nell'ambito di stereotipi e di pregiudizi dei ragazzi/e nei confronti delle MST, si noti come la **Domanda 8** chieda espressamente: “L'AIDS è...”. Il 23% dei rispondenti ha dichiarato anche in questo caso di “non sapere”, dunque dimostravano di ignorare di essere soggetti a rischio nonostante avessero già partecipato a progetti preventivi a scuola. Il 44% dei ragazzi ha comunque risposto correttamente affermando che “l'Aids può riguardare tutti”. Rispettivamente il 17% e il 16% degli adolescenti hanno sostenuto come l'AIDS sia una questione che riguarda soprattutto i tossicodipendenti e gli omosessuali.

Fig. 2.5 “Cosa ne sai” Domanda 8.



In sede di discussione è capitato che un gruppo di ragazzi chiedesse informazioni circa la trasmissione del virus tra i porno-attori, poiché pochi giorni prima dello stesso incontro, il programma televisivo “*Le Iene*” (gruppo Mediaset), aveva riportato delle esperienze di MST in attori di film pornografici. In questo caso è utile presentare alcune considerazioni. La prima, è la relazione presente al giorno d’oggi tra pornografia e giovani; con internet il peso della pornografia nella cultura dell’affettività e della sessualità di ragazzi/e è evidente. Essi accedono con facilità al materiale pornografico alla ricerca di stimoli erotici. La seconda argomentazione invece, riguarda la facilità dell’apprendimento attraverso i media negli stessi adolescenti, i quali riportano nella loro quotidianità le informazioni ricevute, anche se imprecise e/o errate e non verificate dagli stessi: questo è un elemento che non va sottovalutato dal punto di vista educativo. Anche la **Domanda 9**: “Una persona sieropositiva...” ha lo scopo di indagare la presenza di stereotipi rispetto alla diffusione e presenza del virus. Il 30% dei ragazzi “non sa” se una persona sieropositiva è riconoscibile oppure no; tuttavia il 28% sostiene che sia difficile da riconoscere perché i sintomi non sono evidenti ed il 23%, dei rispondenti, sostiene che non sia affatto riconoscibile.

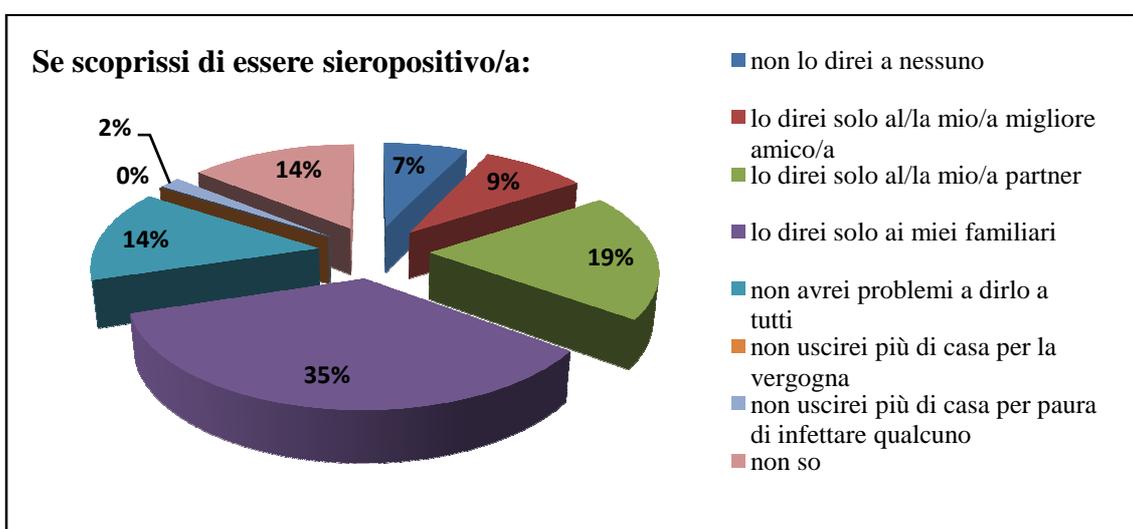
Anche durante l’analisi dei dati dell’intero progetto di ricerca-azione, emerge come i ragazzi individuino l’HIV come un virus asintomatico, difficile da riconoscere, questo atteggiamento nei confronti delle caratteristiche del virus è da ritenersi positivo.

I focus group permettono di raccogliere informazioni utili anche riguardo agli stati d’animo dei partecipanti, rispetto alla materia affrontata ed in questo caso i ragazzi

a seguito della spiegazione hanno molte volte espresso preoccupazioni e paure nei confronti dell'HIV/MST.

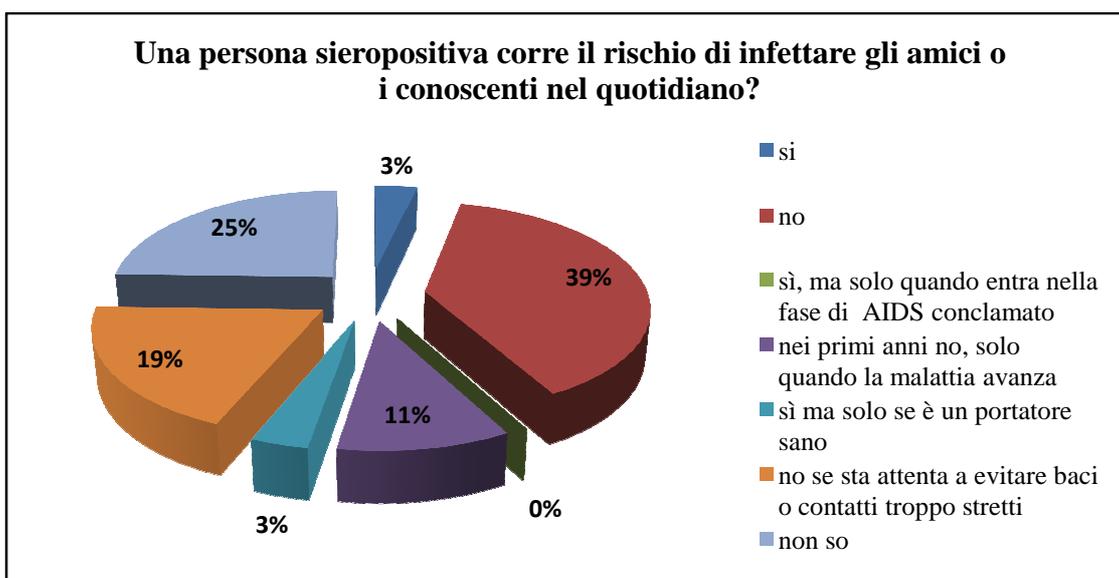
Dai dati emersi dal questionario si evidenzia come il 35% dei ragazzi comunicherebbe solo ai familiari di aver contratto il virus, mentre il 19% solo ai partners. Marginali ma interessanti ai fini della ricerca sono i dati relativi alla possibilità di “non dirlo a nessuno” (7%) e di “non uscire più di casa per paura di infettare qualcuno” (2%), come mostrato dal grafico.

Fig. 2.6 “Cosa ne sai” Domanda 9.



Andando a verificare le risposte alla **Domanda 20** ovvero: “Una persona sieropositiva corre il rischio di infettare gli amici o i conoscenti nel quotidiano”, correttamente il 39% dei rispondenti ha risposto di “no”, un 25% “non lo sa”, dato che indica “smarrimento” rispetto alle possibilità di contagio e di contatto con persone HIV+, ed un 19% sostiene che basta evitare baci e contatti troppo stretti. Anche in questo caso di evidenzia come tutti i ragazzi non conoscano la materia di cui si sta parlando. Il grafico riferito a questa domanda lo si può trovare a pagina seguente.

Fig. 2.7 “Cosa ne sai” Domanda 20.



I risultati riportati, anche se solo una piccola parte di quelli raccolti, mostrano come il livello di conoscenza negli adolescenti di oggi in materia di HIV/AIDS ma anche di MST sia relativamente basso, incompleto e frammentato. Probabilmente la presenza di stereotipi e paure incrementa la difficoltà nell’informarsi e confrontarsi adeguatamente con le possibilità di rischio rispetto alle proprie condotte sessuali. Emerge peraltro il profilo di un adolescente che “non sa”. Questo lavoro, il cui scopo è di individuare strategie maggiormente efficaci e mirate di Prevenzione negli adolescenti, si è soffermato ad analizzare le opinioni dei ragazzi nei confronti dell’informazione e della diffusione di conoscenze in materia.

Quando si è chiesto ai partecipanti ai focus group quale fosse la loro opinione rispetto al Progetto “Cosa ne sai”, la maggior parte dei rispondenti ha riportato come considerasse positiva la possibilità di un momento di confronto rispetto ad un tema che li riguarda così tanto, soprattutto a seguito della compilazione del questionario vissuta per alcuni come “un compito in classe senza aver studiato”. Le domande apparivano per alcuni soggetti “difficili e specifiche” e qualcuno alla fine del questionario ha commentato “sono consapevole di non essere stata informata”. Infatti il 37% degli adolescenti che ha partecipato ai focus group sostiene di aver ricevuto sull’AIDS un’informazione insufficiente (**Domanda 2** del questionario: “Pensi che l’informazione che hai ricevuto sull’AIDS sia...”); tuttavia, il 35% afferma come l’attenzione rispetto al tema delle

MST sia aumentata rispetto ad un tempo poiché si è maggiormente consapevoli dei rischi (**Domanda 30**).

Ma quali sono le fonti da cui i ragazzi ricevono maggiori informazioni? E quale aspettative hanno rispetto alla diffusione delle stesse?

Al primo quesito posto ai ragazzi “Secondo te chi da maggiori informazioni sull’HIV e sulle MST” (**Domanda 1**) hanno risposto in questo modo:

- | | |
|--------------------------|-----|
| - La Tv | 9% |
| - I giornali, le riviste | 3% |
| - Internet | 23% |
| - La scuola | 35% |
| - La famiglia | 2% |
| - Il MMG ⁶² | 26% |
| - Gli amici | 0 |
| - Non so | 2% |

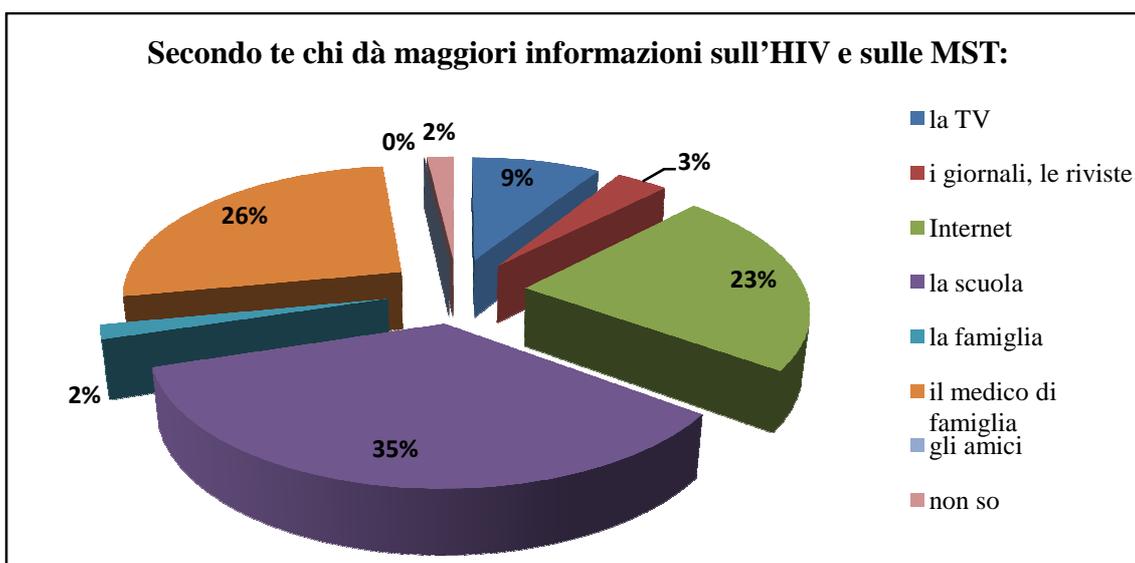
La scuola è stata dunque individuata come l’agenzia educativa maggiormente coinvolta nella trasmissione delle conoscenze in materia (35%). Infatti tutti i ragazzi avevano partecipato in passato ad incontri di prevenzione di educazione sessuale sperimentando le opportunità offerte. È interessante come il 26% dei ragazzi/e individui il MMG come seconda fonte privilegiata nel ricevere informazioni, probabilmente per le sue competenze ma non certo per la sua facilità di accesso, come gli stessi ragazzi hanno riportato in sede di confronto. Il terzo canale individuato è internet con una percentuale del 23%, aspetto interessante e di novità per il tema della MST; i ragazzi raccontano come spesso cerchino informazioni, anche di temi sensibili, nella rete web e di come le opportunità offerte riescano a rispondere abbastanza bene ai loro interrogativi. Ciononostante è da precisare come in internet le notizie siano molte e spesso fra loro contraddittorie, errate e lacunose.

Un altro canale mediatico individuato è la TV, ma solo per il 9% dei ragazzi/e.

La famiglia distribuisce informazioni in materia solo per il 2% dei ragazzi e gli amici non sono stati indicati, aspetto curioso questo in considerazione del ruolo e dell’importanza che svolge il gruppo dei pari nell’età adolescenziale.

⁶² Medico di Medicina Generale (MMG).

Fig. 2.8 “Cosa ne sai” Domanda 1.



Pertanto con questi dati si è approfondito “da quali fonti preferiresti avere informazioni”, **Domanda 3** del questionario.

Le risposte ottenute individuano:

- La Tv 14%
- I giornali, le riviste 2%
- Internet 19%
- La scuola 23%
- La famiglia 2%
- Il MMG⁶³ 37%
- Gli amici 0
- Non so 3%

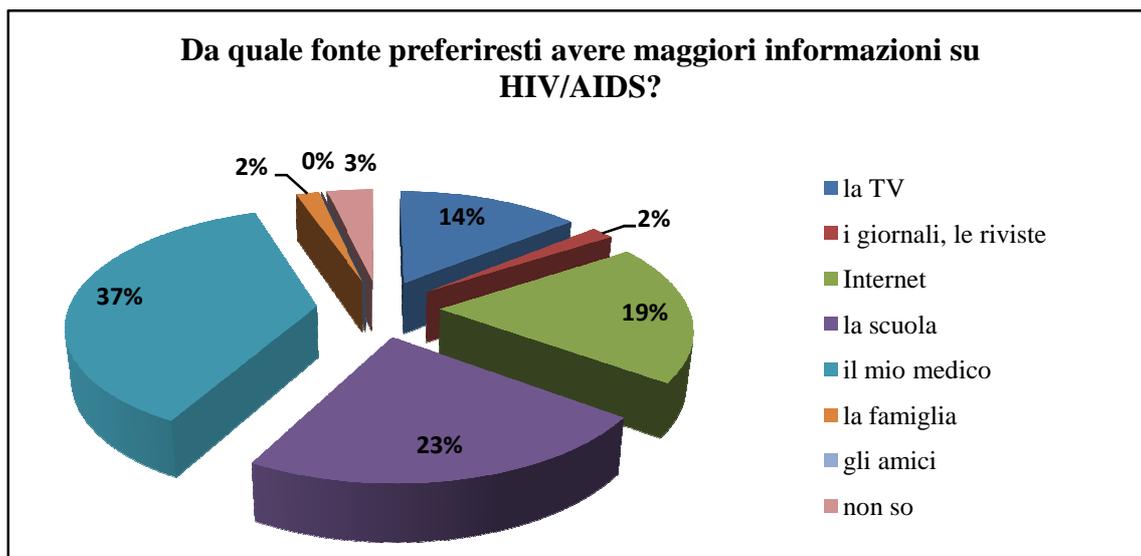
Dunque in accordo con la prima domanda, hanno individuato come fonte privilegiata il MMG per il 37% dei ragazzi, poiché consente informazioni e diagnosi sicure, certe e complete.

Il 23% ritiene che la scuola sia l’istituzione migliore nell’affrontare il tema delle MST permettendo di coinvolgere tutti i giovani, anche attraverso le lezioni degli insegnanti e la distribuzione di materiale informativo. Ed infine il 19% degli adolescenti vorrebbe avere maggiori informazioni in tema di MST da internet in quanto permette di consultare notizie solo rispetto allo specifico oggetto di interesse attraverso una ricerca

⁶³ Medico di Medicina Generale (MMG).

immediata e su più livelli: video, audio, foto e testi, facilitando la comprensione. La rete internet nella società di oggi riveste un ruolo irrinunciabile, in particolare negli adolescenti sempre connessi ed appartenenti alla generazione 2.0 e *touch*, a cui i Progetti di Prevenzione e Promozione della Salute non possono rinunciare come i ragazzi si sono espressi durante i focus group.

Fig. 2.9 “Cosa ne sai” Domanda 3.



In particolare i ragazzi, riconoscendo come le loro informazioni e conoscenze in merito di HIV/AIDS fossero incomplete, hanno cominciato ad interrogarsi rispetto alle loro occasioni educative e formative in tema di MST.

Pertanto, quando sono stati mostrati loro gli opuscoli elaborati dalle diverse istituzioni elencate precedentemente, hanno commentato positivamente le loro caratteristiche perché molto colorati. A loro parere gli opuscoli attiravano la loro attenzione e curiosità, sembrando inoltre facili da leggere; tuttavia alcuni ragazzi maschi hanno segnalato come i caratteri grafici fossero troppo piccoli rendendone difficoltosa la lettura.

Infine, un gruppo di ragazze al termine dell'incontro ha riportato come fosse importante far conoscere a tutti i giovani le MST affinché tutti siano in grado di prevenirle adeguatamente: infatti quando è stato chiesto loro: “Quali sono secondo voi le cose più urgenti da fare?” la risposta è stata quella di trovare un modo per dire e ricordare quali siano i comportamenti a rischio, mostrando con chiarezza le conseguenze negative.

Riflessioni conclusive

Rispetto all'attuazione del Progetto "Cosa ne sai" con la tecnica dei focus group, sicuramente una delle prime argomentazioni da esplicitare e non da tralasciare è la criticità nella sua attuazione.

Prima di decidere di condurre i gruppi di discussione, nella Bassa padovana si era cercato di entrare nelle scuole superiori come accaduto per le altre cittadine del Veneto, conducendo gli interventi con la tecnica della ricerca-azione. Tuttavia tutte le scuole contattate nelle città di Padova e Provincia (un totale di 20 scuole di Primo e Secondo grado) hanno risposto che non erano interessate al Progetto perché erano già inseriti nel Piano dell'Offerta Formativa (POF) percorsi tenuti dagli esperti sanitari, come il Progetto "Tra dire e il fare..." proposto poco sopra. Di conseguenza si è optato per attuare i focus group. Non è stato nemmeno semplice ritrovare gruppi e associazioni di giovani che fossero disponibili ad accogliere gli esperti di "Cosa ne sai": molti sono stati i referenti, animatori ed educatori che si sono espressi negativamente rispetto al coinvolgimento del proprio gruppo, poiché il tema trattato era troppo delicato o soprattutto "troppo esplicito". Purtroppo questa difficoltà ha inciso molto nella conduzione della ricerca, permettendo la raccolta di dati per un numero limitato di ragazzi (solo 57), non essendo risultati rappresentativi, nonostante questo, hanno integrato e sono stati inseriti nel rapporto del Progetto nazionale.

A differenza delle preoccupazioni avute dai referenti ed animatori, i ragazzi partecipanti ai focus group non si sono trovati in difficoltà nel trattare il tema, anzi. In loro si notava ascolto e capacità di confronto, due aspetti fondamentali nell'acquisizione di competenze di materia di salute sessuale, soffermandosi anche dopo l'orario previsto per l'intervento chiedendo informazioni, più che esprimendo il proprio punto di vista. Infatti si può dire che faticassero a prendere posizione nei confronti di una prevenzione efficace o meno, ma piuttosto preferivano raccontare le loro esperienze, chiedendo se avessero sbagliato e agito correttamente, ponendo domande anche valoriali, se fosse giusto o sbagliato. Le storie raccontate da ognuno di loro sono state molte, moltissime e non hanno fatto altro che incentivare la voglia di rispondere a questi ragazzi e ragazze, di ascoltarli, di rispettarli nelle loro confusioni, incoscienza e trasgressione affettiva e sessuale, proprio al fine di fargli osservare la propria esperienza e conoscenza in

materia, da un differente punto di vista, incentivando la consapevolezza delle loro azioni.

Per questo oggi risulta necessario rivedere la programmazione in materia di Prevenzione ai comportamenti sessuali a rischio, affinché approcci rituali e burocratici non nascondano la dimensione dei linguaggi e delle emozioni del target di riferimento, appunto, gli adolescenti, i nativi digitali di oggi, appartenenti alla cosiddetta società trasparente, come si vedrà nel Capitolo successivo.

SECONDA PARTE

La Rete dei media e del *web 2.0* nella Prevenzione

CAPITOLO 3.

IL PAESAGGIO DEI MEDIA: PROFILO TECNOLOGICO, OPPORTUNITA' E FRAGILITA'

La Seconda Parte di questo lavoro si presenta come il prodotto concettuale, metodologico ed operativo di quanto detto nei due Capitoli precedenti.

Quanto si andrà ad argomentare infatti, non sarebbe stato possibile se non grazie all'elaborazione e alla riflessione dei significati profondi dei termini Adolescenza, Sessualità, Comportamenti a rischio, MST e soprattutto dell'esperienza diretta dei Progetti di Prevenzione attuati dalla Rete nel territorio precedentemente presentati.

L'intenzione è di rimettere al centro dell'attenzione il ruolo strategico della Prevenzione nella Promozione della Salute Sessuale degli adolescenti, coniugata però con la necessità di sviluppare nuovi modelli di intervento efficaci ed efficienti ma soprattutto congruenti con gli stili di vita ed i linguaggi delle nuove generazioni.

In quanto, come si è visto, non è possibile limitare le azioni di prevenzione ad asettici interventi informativi sulle MST, animando il tutto con attività pratiche, poiché si rinunciarebbe a generare occasioni di riflessione e consapevolezza sul significato esperienziale dei temi che riguardano la sfera delle relazioni affettive, trascurando l'elemento attivo e partecipativo degli adolescenti, unico motore di cambiamento come mostrato grazie ai focus group. Tuttavia, è da precisare come nessun intervento preventivo proposto nelle pagine precedenti abbia prodotto effetti negativi sui ragazzi, ma l'occasione di una programmazione aggiornata ed innovativa può rilevarsi utile per aprire nuovi scenari e possibilità. Infatti, l'idea di creare, pianificare e programmare interventi che considerino il target di riferimento come la prima risorsa da cui partire, è una modalità di azione che ha sempre ispirato il lavoro sociale e che si cercherà di applicare anche in questo ambito sulle Prevenzione delle condotte sessuali a rischio negli adolescenti di oggi.

Dunque, come progettare programmi di intervento che siano strategici per gli adolescenti sul tema della sessualità?

Pier Cesare Rivoltella, professore ordinario di Didattica e Tecnologie dell'istruzione presso l'Università Cattolica di Milano e Gianmaria Ottolini, consulente

e collaboratore dell'Associazione Contorno Viola,⁶⁴ hanno identificato alcune caratteristiche condivise che dovrebbero appartenere ai programmi di intervento, indipendentemente dall'ambito all'interno del quale vengono applicate.

Secondo gli autori, un programma efficace presenta le seguenti peculiarità:

- un focus specifico su un comportamento, con lo scopo di informare e di incidere sugli atteggiamenti, credenze e capacità legate ai comportamenti sessuali (ad esempio: usare i metodi contraccettivi);
- è adatto ai suoi interlocutori: riflette l'età, la cultura, gli stili di vita, le esperienze sessuali, le emozioni, in questo caso degli stessi adolescenti;
- dà un messaggio chiaro, completo e non semplicemente elenca i pro e i contro delle possibili azioni o scelte, fornendo informazioni basiche, non dettagliate (ad esempio: usare il preservativo ed altri metodi contraccettivi idonei è la cosa giusta da fare);
- si può avvalere di *peer*⁶⁵ o di strumenti tecnologici al fine di avvicinare il tema ai suoi interlocutori;
- si basa su una metodologia attiva che prevede piccole discussioni in gruppo, al fine di implementare le capacità comunicative di negoziazione e di rifiuto in un clima di rispetto reciproco.⁶⁶

Questo è solo un possibile punto di partenza. Per tale ragione, in questa Seconda Parte del lavoro, si proverà a trattare le peculiarità dei punti sopra elencati riferendosi alla realtà adolescenziale di oggi, dei ragazzi digitali, rispetto al focus specifico di questo lavoro ossia la prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio.

⁶⁴ Contorno Viola è un'organizzazione di volontariato e di impegno civile fondata a Verbania nel 1992 e impegnata storicamente sulla questione dell'AIDS e della sieropositività, essa promuove interventi di informazione sulla prevenzione del virus HIV rivolti alla popolazione giovanile e adolescenziale, attraverso l'organizzazione di campagne informative e corsi di formazione destinati agli insegnanti. <http://www.peer-education.it/?page=108>, ultimo accesso 12 Gennaio 2015.

⁶⁵ *Peer* fa riferimento alla *Peer education*, educazione fra pari, un modello di fare prevenzione che verrà approfondito nel prossimo Capitolo.

⁶⁶ Ottorini G. e Rivoltella P. C. (2014), *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano, pg. 45.

3.1 I vecchi e i nuovi media

La dimensione comunicativa occupa un ruolo centrale nella vita di ogni individuo, infatti la scuola di Palo Alto, in particolare Paul Watzlawick (1921-2007)⁶⁷ nel primo assioma della comunicazione ha sottolineato come “non si possa non comunicare”. In questa trattazione si aggiungerà come è vero che sia impossibile non comunicare, ma è altrettanto significativo il fatto che si possa scegliere come farlo.

È infatti proprio all'interno di questa scelta che si collocano i media, medium.⁶⁸ Essi sono intesi come semplici dispositivi di mediazione che da una parte facilitano l'eventuale processo comunicativo faccia a faccia e dall'altra, sono in grado di sostituire l'esperienza diretta con una percezione indiretta. Si pongono cioè “in mezzo” tra i soggetti interagenti. Infatti proprio il loro “essere in mezzo” obbliga gli stessi individui in comunicazione ad adattarsi alle diverse caratteristiche dello strumento,⁶⁹ innescando un evidente processo di cambiamento.

Come sostenuto da Denis McQuail, sociologo e studioso della comunicazione, “*i mass media sono mezzi progettati per mettere in atto forme di comunicazione aperte, a distanza, con tante persone, in un breve lasso di tempo.*”⁷⁰ Per essere precisi, la derivazione etimologia della parola “mass medium” risale alla parola inglese “mass”, in italiano “massa” e dal latino “medium”, ovvero “mezzo”.

Nella storia della comunicazione, sono state individuate tre rivoluzioni che hanno segnato in modo decisivo le possibilità di relazionarsi con il proprio interlocutore. La prima riguarda la carta stampata (J. Gutenberg nel 1435), unico strumento di massa per più di quattro secoli, in quanto solo agli inizi del XIX secolo comparve il telegrafo e

⁶⁷ Zilinati A. M. e Rovai B. (2007), *Assistenti sociali professionisti*, Carroci, Roma.

⁶⁸ Più precisamente, si definiscono “medium” ogni strumento, artefatto, che permette di comunicare senza il principale limite della comunicazione faccia-a-faccia (la contiguità spazio-temporale), dunque in grado di far comunicare superando le limitazioni. Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

⁶⁹ Le caratteristiche corrispondono alle dimensioni fisiche, ad esempio: la tastiera del cellulare, lo schermo *touch*, il *tablet* in grado di influenzare il modo in cui i soggetti possono comunicare. Le caratteristiche simboliche, riferendosi all'interfaccia di ogni medium che richiede una comprensione da parte dell'utente per poter essere utilizzata correttamente, ad esempio riconoscere che il simbolo della busta bianca significa messaggio, oppure che “xk” è l'abbreviazione di “perché”. Ed infine una dimensione pragmatica, intesa come un'insieme di pratiche specifiche indipendenti dal significato, la cui conoscenza è necessaria perché lo si possa utilizzare correttamente, come, la possibilità di controllare il proprio profilo *facebook* attraverso il cellulare anche quando si è a lavoro, tuttavia non sarebbe consono e corretto.

⁷⁰ Denis McQuail (1935) da Toller L. (2011), “*Chi è in chat? Dipendenze da Internet e videogiochi*”, ed. Sovera, Roma, pg. 16.

seguiranno, con una crescita molto più rapida, il telefono, la radio, il cinema e la televisione (seconda rivoluzione nella storia della comunicazione). Infine l'elettronica, l'informatica e soprattutto l'avvento ed il progressivo sviluppo di Internet hanno contribuito in modo evidente alla realizzazione di un mondo sempre più collegato ed universalizzato, abbattendo ogni frontiera geografica e fisica, a tal punto che oggi internet è diventato uno strumento talmente diffuso da essere considerato come un naturale prolungamento della vita individuale e sociale. Questa è la terza rivoluzione nella storia della comunicazione, in grado di segnare una separazione dagli sviluppi precedenti, introducendo la distinzione tra vecchi media o mass media (stampa, cinema, radio e televisione) e nuovi media o media digitali (siti web, e-mail, forum e chat, blog, social network, smartphone, App e tablet).

In questo lavoro, si propone la possibilità di integrare gli attuali Progetti di Prevenzione e di Promozione alla salute sessuale con una nuova Rete, quella dei vecchi e nuovi media. I motivi di questa scelta sono riconducibili a due argomentazioni. La prima rimanda alle molteplici opportunità offerte dagli stessi mass media e media digitali, nel comunicare e trasmettere informazioni e conoscenze in modo diretto, immediato, multimediale, interattivo, ipertestuale e virtuale. La seconda argomentazione riporta l'attenzione ai destinatari degli stessi Progetti: gli adolescenti di oggi. Poiché se è vero come sostiene P. Watzlawick, che la comunicazione è uno scambio sociale realizzabile efficacemente solo se emittente e ricevente dispongono di uno repertorio comune di simboli, esperienze, ambiente e cultura, allora sarà anche vero che gli adolescenti di oggi sono abituati a relazionarsi in diversi contesti, con differenti codici e mezzi specifici. Per questo motivo la generazione attuale è stata identificata come "E-generation" ovvero "generazione digitale", ed è altrettanto per questo motivo che la Rete territoriale dovrebbe cercare di mettersi in discussione rispetto alle proprie progettualità, affinché ambienti e codici siano maggiormente condivisi. Questo al fine di una trasmissione reciproca, consapevole ed effettiva dei messaggi educativi in tema di sessualità.

La digitalizzazione, dunque, implica un processo di conversione delle informazioni tra l'utente e mezzo utilizzato. Questo è possibile grazie ad un ulteriore elemento del processo comunicativo: l'*interfaccia*, ovvero lo strumento in grado di connettere e consentire lo scambio di segnali in entrambi i sensi. Questo termine è stato

introdotto grazie ai media digitali.⁷¹ Infatti a questo proposito, gli studiosi individuano quattro diverse generazioni evolutive corrispondenti a diverse fasi di sviluppo della tecnologia digitale.

La *generazione testuale*, è la prima e raccoglie al suo interno i nati a partire dalla metà degli anni Settanta. Comprende il diffondersi e l'utilizzo di e-mail, sms, newsgroup e chat, consentendo una comunicazione veloce tra pari, in modo poco costoso e indipendentemente dalla collocazione geografica. La seconda evoluzione invece è la *generazione web* che include i nati a partire dalla metà degli anni Ottanta, poiché sono stati i primi ad utilizzare proprio il *web* come strumento di accesso multimediale all'informazione, indicizzando ed integrando grandi quantità di dati attraverso un meccanismo di intelligenza collettiva.

A seguito vi è lo sviluppo e la diffusione della *generazione web 2.0* e della *generazione touch*.

Nello specifico l'interfaccia web 2.0 appartiene alla generazione chiamata anche "social media", raccogliendo i nati a partire dalla prima metà degli anni Novanta. Grazie alla capacità dell'interfaccia 2.0 di facilitare la dimensione espressiva e relazionale all'interno di reti sociali chiuse, i ragazzi appartenenti a queste generazioni e di quelle successive, sono in grado di controllare in modo nuovo la propria identità sociale e le proprie relazioni, come si vedrà successivamente.

L'espressione web 2.0 viene introdotta nel 2004 dell'editore americano O'Reilly Media come titolo di una serie di conferenze su una nuova generazione di servizi internet che enfatizzano la collaborazione on-line e la condivisione tra utenti.⁷² Infatti, grazie a tali servizi, gli utenti di internet hanno una nuova opportunità: la possibilità di creare, condividere e commentare con facilità contenuti multimediali. Anche utenti non esperti possono creare testi, immagini e video, renderli visibili a una comunità di utenti e commentarli insieme a loro. Nonostante la grande eterogeneità che caratterizza il web, è possibile distinguere diverse categorie generali di nuovi servizi 2.0, ciascuna caratterizzata da proprie opportunità: vi sono infatti i siti espressivi, i siti collaborativi ed infine i siti relazionali. Proprio rispetto a questo ultimo, il 2004, è l'anno che vede la

⁷¹ L'interfaccia nei media risponde ad tre implicazioni: rappresenta le caratteristiche del medium attraverso un modello, rende visibili gli oggetti digitali contenuti al suo interno e ne facilita l'uso mediante un'opera di filtro e di selezione

⁷² Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

nascita del più importante sito relazionale: Facebook, il social network creato da Marc Zuckerberg, al tempo diciannovenne studente dell'Università di Harvard. Inizialmente era stato pensato per essere la versione on-line dell'annuario degli studenti includendo i profili e le foto degli iscritti, infatti il nome facebook è composto proprio dalle parole inglesi “*face*” “volto” e “*Book*” “libro”.⁷³ Oggi Facebook, a distanza di dieci anni, conta più di 1,2 miliardi di persone iscritte nel mondo che ogni giorno vi accedono.⁷⁴ Ma Facebook non è l'unico social network o sito relazionale presente nel *web*, ci sono anche Twitter, Youtube, Google+, Skype, Ask.fm, Instagram, LinkedIn, Netlog, Pintarest e Badoo e tutti offrono differenti servizi ed opportunità ai suoi utenti. Infatti, da un punto di vista operativo, a caratterizzare i social network sono principalmente le possibilità della presenza di uno spazio virtuale in cui l'utente ha la facoltà di costruire ed esibire un proprio profilo da lui costruito. Inoltre lo stesso profilo può essere accessibile, almeno in forma parziale, a tutti gli utenti dello spazio. Un ulteriore servizio è la creazione di una lista di altri utenti, detta rete o *community* con cui è possibile comunicare ed interagire. È perciò grazie a queste specifiche peculiarità che i social network si differenziano dai media come e-mail, sms e siti internet. Tuttavia, il continuo sviluppo tecnologico dei media digitali consente di integrare le possibilità del web 2.0 con un'ulteriore interfaccia, il cosiddetto “*touch*”.

La *generazione touch* infatti, è l'ultima evoluzione tecnologica fino ad ora diffusa, appunto l'interfaccia *touch* tipico di smartphone e tablet. Essa interessa tutti i nati a partire da Gennaio 2007, a seguito del lancio della prima versione dell'iPhone da parte dell'agenzia informatica statunitense Apple. Quest'ultimo dispositivo è un cellulare che consente di abbinare le funzioni tipiche telefoniche alle possibilità di acquistare e gestire App, ovvero veri e propri programmi simili a quelli sviluppati dal computer. Grazie alle Apps, abbreviazione di “*Application Software*” i servizi disponibili nel telefono cellulare si espandono, consentendo ai ragazzi di fare molte e differenti attività in mobilità, come: giocare, accedere ai social network, informarsi rispetto all'oggetto di interesse, scrivere messaggi, ascoltare musica, comprare oggetti e servizi, tutto on-line. Infatti le App sono disponibili all'interno di diversi mercati e sono catalogabili per tipologie precise: giochi e intrattenimento, informazioni, produttività, istruzione,

⁷³ Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

⁷⁴ <http://vincos.it/2014/01/16/social-media-nel-mondo/>, ultimo accesso 18 Gennaio 2015.

musica, foto e video eccetera. Per questi motivi risulta interessante l'idea di usufruire di questi possibili servizi disponibili nello smartphone, anche a livello territoriale, proprio per diffondere informazioni e consigli in materia di educazione sessuale. Ne è un esempio l'App "Smart Sex" dell'Azienda sanitaria di Milano realizzata in collaborazione con Anlaids Lombardia di cui si parlerà anche successivamente.

3.2 La bacheca del Nativo Digitale

Nel 1998 l'economista americano Don Tapscott ha utilizzato per la prima volta il significato della parola "net generation" per commentare i risultati di una ricerca sul comportamento degli adolescenti.⁷⁵ Qualche anno dopo, nel 2001, il ricercatore americano Marc Prensky⁷⁶ pubblicò un articolo nella rivista "On the Horizon" utilizzando esattamente l'espressione "nativo digitale" in contrapposizione con quella di "immigrato digitale".

Come lo stesso M. Prensky [2001] sostiene:

*"I nostri ragazzi di oggi sono tutti "madrelingua" del linguaggio digitale di computer, videogame e internet. E come si differenziano da noi? Quelli di noi che non sono nati nel mondo digitale ma, a un certo punto della propria vita, hanno subito il fascino ed hanno utilizzato [...] gli strumenti delle nuove tecnologie sono, e lo saranno sempre se confrontati con loro, immigrati digitali."*⁷⁷

A trasformare un ragazzo o anche un bambino in un nativo digitale è infatti l'uso massiccio degli stessi media, come processo di adattamento alla realtà, i quali vengono fruiti in maniera superiore a qualsiasi altra tecnologia o mezzo di comunicazione, compresa la carta stampata, come aggiunge M. Prensky [2001].⁷⁸

⁷⁵ La ricerca di D. Tapscott, (manager economista canadese, nato nel 1947) era stata condotta su trecento adolescenti americani ed evidenziava una differenza radicale di comportamenti e di competenze rispetto alle generazioni precedenti. Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

⁷⁶ Marc Prensky, nato nel 1947, è uno scrittore statunitense, consulente ed innovatore nel campo dell'educazione e dell'apprendimento. Egli offre una diversa prospettiva rispetto il processo di apprendimento. Infatti basandosi sul fatto di come i bambini di oggi vivano la vita e l'educazione in modo molto diverso rispetto alle generazioni passate, egli crede che la tecnologia possa essere in grado di coinvolgere e motivare maggiormente i bambini nell'apprendimento, per questo nella sua idea di educazione vi è la massiccia presenza di attività attraverso internet e telefoni cellulari.

⁷⁷ Marc Prensky 2001a, 1-2 in Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna, pg. 12.

⁷⁸ Marc Prensky 2001a, 1-2 in Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

Dunque, un nativo digitale non è qualcuno che fin dalla nascita è in grado di usare le nuove tecnologie, ma piuttosto colui che sa usarle intuitivamente, senza sforzo. Questo però, come precisa lo psicologo Giuseppe Riva [2014],⁷⁹ non avviene per caso, poiché si diventa nativi digitali solo dedicando una quantità significativa di tempo e di energie all'interazione quotidiana con i nuovi media. Infatti, essere nativi digitali non è una questione generazionale ma di sviluppo di capacità, in quanto il mezzo di comunicazione riveste una parte centrale dell'esperienza di ogni ragazzo/a, sia individuale che sociale.

Questo processo di cambiamento inizialmente riguardava solo i singoli utenti, ma nel momento in cui il mezzo, il medium, è riuscito a penetrare all'interno della società e si è consolidato nell'uso quotidiano, ha favorito il diffondersi di pratiche condivise, definite dallo stesso G. Riva [2014] "metatecnologiche". Queste sono in grado di strutturare lo stesso uso individuale e sociale delle tecnologie, producendo una frattura netta tra chi conosce e usa le nuove pratiche condivise e chi invece non le conosce, appunto l'immigrato digitale, che non ne coglierà il senso e quindi non le sperimenterà.⁸⁰

Una delle domande che si sono posti coloro che si interessano di digitalizzazione, è se sono gli individui che cambiano i media o sono i media che cambiano gli individui. La risposta la si è rintracciata nei dati pubblicati dall'*Undicesimo rapporto sulla comunicazione* del Censis-Ucsi [2014]. L'indagine evidenzia come gli utenti di internet in Italia corrispondano al 63,5% della popolazione e la percentuale sale nettamente nel caso dei giovani tra i 15-30 anni, in quanto il 90,4% è presente nel web e l'84,4% lo è tutti i giorni, tramite uno smartphone (posseduto dal 66,1%); inoltre è iscritto a facebook il 69,8% delle persone che accedono ad internet, corrispondenti al 44,3% della popolazione e al 75,6% dei giovani italiani. Nello specifico vengono utilizzate piattaforme come Google+ (75,5%), Youtube (61%), Twitter (15,2%) e scaricando Apps (60,9%).⁸¹

Dunque i media, grazie al loro ruolo di "stare i mezzo" tra i soggetti interagenti, si presentano come un'opportunità intuitiva che gli individui fanno fatica a rinunciare.

Pertanto, considerando questo lavoro ed in particolare riferendosi al Capitolo 2, risulta interessante approfondire le peculiarità della situazione nella Regione del Veneto

⁷⁹ Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

⁸⁰ Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

⁸¹ http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=120930, ultimo accesso 16 Gennaio 2015.

e nello specifico nella città di Padova e della provincia, al fine di focalizzare maggiormente la situazione dei nativi digitali a livello territoriale e locale.

A tal proposito, la Ricerca esplorativa dal nome “*La Community dei Social Network. Ci sei? Sei connesso?*”, condotta da una ricercatrice dell’Università Cà Foscari di Venezia nell’anno 2013-2014,⁸² ricostruisce proprio le modalità dell’uso dei Social Networking nei nativi digitali, raccogliendo informazioni pertinenti alla percezione e alle abitudini per tre fasce di età distinte: 15-18, 19-25, 26-30 residenti nel territorio di Padova. Infatti gli obiettivi specifici della ricerca hanno indagato non solo l’offerta delle reti virtuali disponibili nel web per la fascia di popolazione interessata, ma anche la quantità di popolazione effettivamente iscritta ad un Social Network.

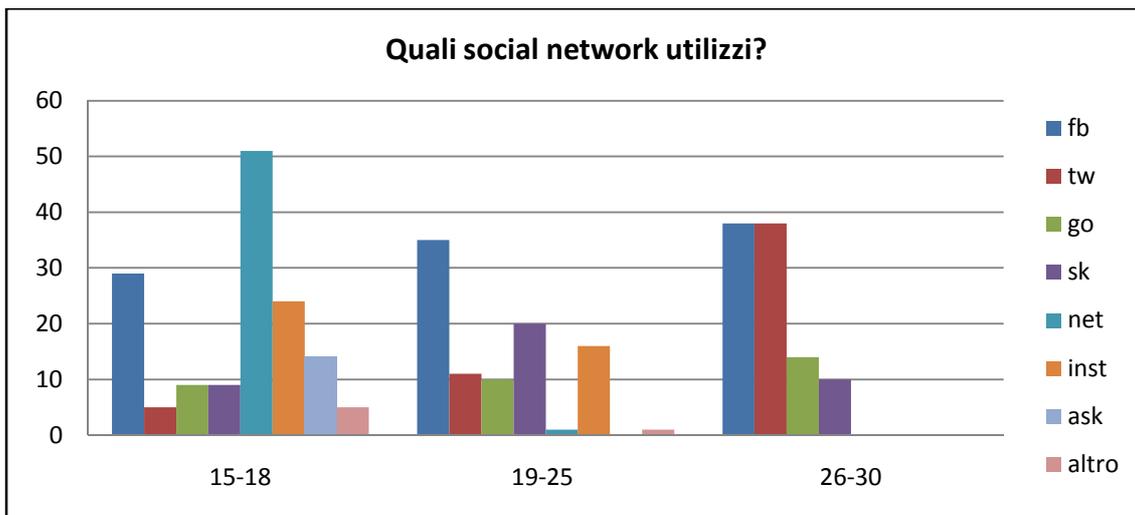
Questo, attraverso la compilazione di un questionario a domande chiuse ed a risposta multipla, inviato via e-mail grazie al programma di lavoro *Google Drive* ottenendo rispettivamente 50 risposte su 60 questionari inviati (12 questionari di adolescenti tra i 15-18 anni, 27 invece di ragazzi 18-25 e 11 di giovani tra i 25-30 anni).

La prima Sezione del questionario, attraverso un gruppo di sei domande,⁸³ indagava proprio sulla tipologia di social network utilizzata, sulla frequenza degli accessi e sulla loro durata. Dalla rilevazione è emerso come il 90% sul totale dei soggetti considerati faccia uso quotidianamente dei social network, dunque ha un proprio account e profilo. Nello specifico il 40% dei 50 ragazzi/e partecipanti è iscritto a Facebook, invece Twitter, Google+ e Skype sono maggiormente utilizzati per la fascia 26-30, mentre ad Ask.fm, Instagram e Netlog hanno accesso soprattutto la generazione web 2.0 dei ragazzi tra i 15 e i 18 anni, come mostrato dal grafico a pagina seguente.

⁸² La Ricerca dal titolo “*La Community dei Social Network. Ci sei? Sei connesso?*” è stata condotta nell’ambito del corso di Laurea Magistrale in Lavoro, cittadinanza sociale ed interculturalità all’interno del corso di studi di Statistica sociale per le politiche socio-sanitarie.

⁸³ Dal questionario, Prima Sezione: *Utilizzo dei Social Network*. **Domanda 1.** “Utilizzi almeno un Social network?”; **Domanda 3.** “A quali dei seguenti Social Network sei iscritto?”; **Domanda 4.** “Quanto frequentemente accedi ai Social Network?”; **Domanda 5.** “Mediamente quando accedi, quanto tempo trascorri sui Social Network?”; **Domanda 6.** “Da quali dei seguenti dispositivi accedi ai Social Network?”.

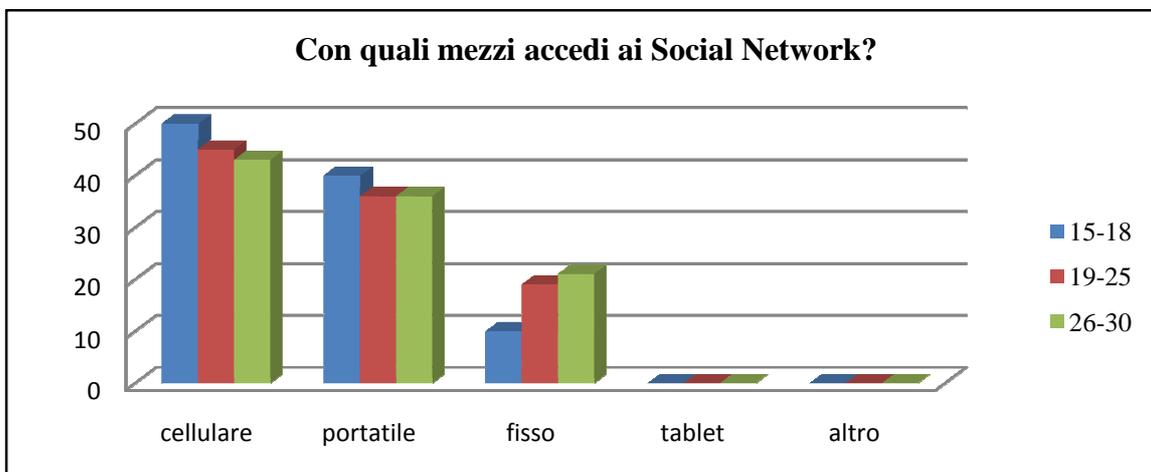
Fig. 3.1 “La Community dei Social Network. Ci sei? Sei connesso?” Domanda 3.



Inoltre, se i nativi digitali vengono definiti tali per la capacità intuitive all’utilizzo grazie proprio al tempo trascorso sul web, la ricerca ha evidenziato come i campioni analizzati accedano almeno “più di una volta al giorno” ed inoltre nessuno si connette “meno di una volta al mese”. In particolare solo nella fascia 18-25 il 17% dichiara di essere sempre connesso. Gli accessi durano in media meno di 15 minuti fino al massimo di mezz’ora, ad eccezione di una minoranza nella fascia 15-18 anni dove il 14% dichiara di trascorrerci più di tre ore grazie all’accesso tramite smartphone.

Di seguito viene riportato il grafico riassuntivo riguardo gli strumenti di accesso sul campione totale.

Fig. 3.2 “La Community dei Social Network. Ci sei? Sei connesso?” Domanda 6.



Come mostrato dalla ricerca, si tratta di una e vera e propria “migrazione” dei media “dentro” le vite degli adolescenti, non essendo più semplici mezzi e strumenti ma diventando degli ambienti, intesi proprio come mondi abitabili, spazi entro i quali è possibile costruire conoscenza, sviluppare relazioni ed effettuare transizioni. Le implicazioni racchiuse in questo cambiamento sono molteplici. Significa dunque che è in corso una trasformazione che non riguarda solo i comportamenti ma anche i processi cognitivi e la dimensione simbolica dei ragazzi e delle ragazze, differenziando indelebilmente due generazioni.

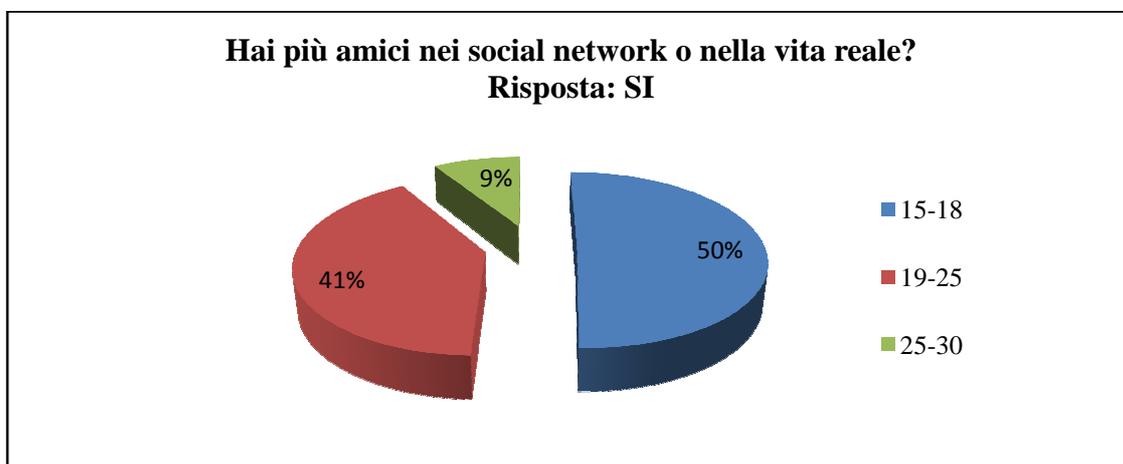
Il titolo di questo paragrafo corrisponde a “*La bacheca del Nativo Digitale*”. Ma a cosa si riferisce? La bacheca è la cosiddetta *Home* presente in tutti i social network, in cui l’utente ha la possibilità di vedere i diversi *posts*, ovvero l’insieme dei messaggi testuali, immagini, video, articoli pubblicati o condivisi dalla sua rete di “amici” virtuali. Il motivo, per cui si è deciso di intitolare in questo modo il paragrafo, è perché di seguito verranno approfondite le possibilità di azione con il web 2.0, ovvero ciò che nella pratica può comparire nella bacheca di tutti gli iscritti ai social network.

3.2.1 On-line e off-line nella Rete del cyberspazio

Anche in questa materia si parla di Rete, ma riferendosi ad un legame, ad una connessione che avviene in internet e che collega persone reali, virtuali, ma anche collegamenti della stessa rete dei social network, dei siti internet e quindi delle molteplici piattaforme esistenti. Inoltre la Rete nella realtà virtuale permette la formazione di comunità on-line o *community* intese come un’insieme di persone in relazione tra loro, poiché interessate ad uno stesso argomento. Si tratta di vere e proprie “piazze di incontro virtuali” che in pochissimi secondi permettono di aprire un confronto, di scambiarsi informazioni, di condividere contenuti contestuali, immagini, video, audio con chiunque. Infatti la nascita e lo sviluppo del web 2.0 ha allargato i confini delle reti sociali degli stessi nativi digitali, portando un cambiamento radicale nelle pratiche dell’interazione, di supporto e di controllo sociale. Dunque in questa trattazione ci si riferirà alla Rete come uno spazio di connessione sociale.

In termini di esperienze e di significati nei contesti della Rete, si è assistito ad una fusione del mondo reale (off-line) con quello virtuale (on-line), in quanto, con i media digitali, è possibile scegliere se essere on-line e quindi contattabili in chat, oppure off-line, cioè non connessi. Tuttavia il risultato di questa interazione è proprio la nascita di uno spazio sociale nuovo che Giuseppe Riva [2014] chiama “interrealtà” e che identifica nel nuovo concetto di “cyberspazio”. È un contesto molto più dinamico e malleabile rispetto alle reti sociali tradizionali perché in grado di includere reti digitali, ma anche reti reali, pubbliche e private. Possono perciò entrare a far parte della rete anche “amici digitali”, ovvero persone mai incontrate dal vivo o solo conoscenti. Come mostrato dalla ricerca “*La Community dei Social Network. Ci sei? Sei connesso?*” nella Quarta Sezione,⁸⁴ alla **Domanda 20** “Hai più amici nei Social Network che nella vita reale?”, coloro che hanno risposto sì, sono stati il 50% della fascia tra i 15-18 anni, il 41% nella fascia 19-25 anni ed un restante 9% dei giovani tra i 25-30 anni. Dunque la percentuale più elevata corrisponde agli adolescenti, che affermano di avere più amici nella piattaforma web che nella realtà.

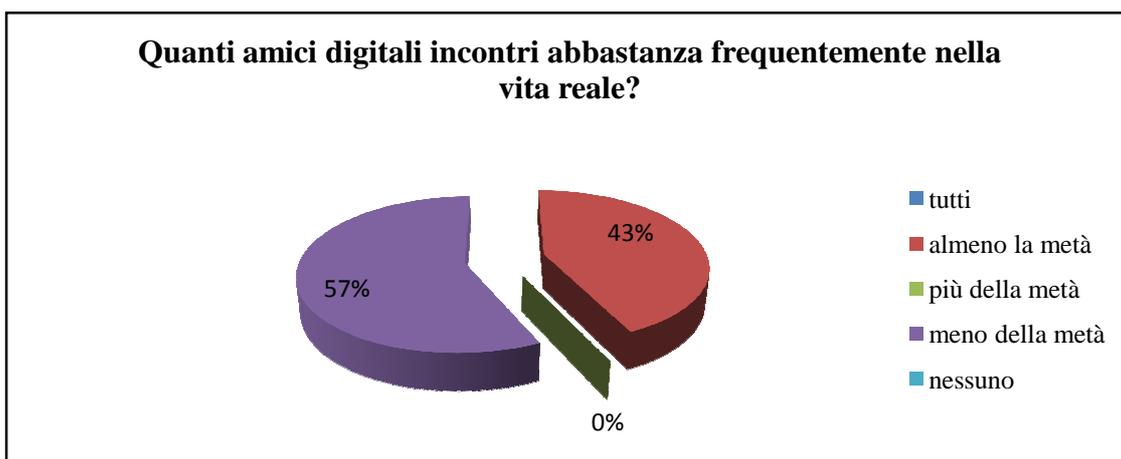
Fig. 3.3 “*La Community dei Social Network. Ci sei? Sei connesso?*” Domanda 20.



⁸⁴ Dal questionario, Quarta Sezione: *Impatto dei Social Network sulle relazioni sociali*. **Domanda 19.** “Quale impatto hanno avuto i Social Network nella tua vita reale?”; **Domanda 20.** “Hai più amici nella vita reale o nei Social Network?”; **Domanda 21.** “Quanti di loro incontri nella vita reale abbastanza frequentemente?”; **Domanda 22.** “Con quanti di loro non hai mai parlato?”; **Domanda 23.** “Hai mai rinunciato ad un’attività con la famiglia o con gli amici a causa dei Social Network?”; **Domanda 24.** “In genere, preferisci interagire con le persone sui siti di Social Network piuttosto che di persona?”.

Ma nello specifico, si nota come alla **Domanda 21**: “Quanti di loro incontri nella vita reale abbastanza frequentemente?” il 57% dei ragazzi tra i 15-18 anni ha risposto “meno della metà degli amici digitali”, mentre il 43% incontra nella sua vita “almeno la metà degli amici digitali.”

Fig. 3.4 “La Community dei Social Network. Ci sei? Sei connesso?” Domanda 21. 15-18 anni



Pertanto a caratterizzare il cyberspazio è proprio il continuo scambio tra le diverse dimensioni: il mondo digitale influenza quello reale e la dimensione pubblica influenza quella privata e viceversa. Se nelle comunità virtuali precedenti ai social network il mondo reale e quello digitale entravano raramente in contatto, o solo per esplicitata volontà dei soggetti interagenti, nei social network questo avviene sempre e anche se i soggetti coinvolti in quel momento non lo vogliono o non ne sono consapevoli. Un esempio, è la possibilità del “taggin” (etichettare) con cui nei social network è possibile associare un “amico” o “follower” (seguace) ad un’immagine, a un video o ad una nota di testo in cui egli è presente o al quale ci si riferisce. Tuttavia un utente esperto è in grado di impostare adeguatamente le notifiche sulla propria privacy in modo da sapere quando qualcuno lo “tagga” approvandone così il contenuto. Infatti servirsi efficacemente e soprattutto adeguatamente delle nuove possibilità relazionali offerte dai nuovi media, non è un processo immediato anzi, occorre tempo e volontà di farlo.

A questo proposito, oggi esiste una nuova disciplina, la “Scienza delle Reti”, il cui obiettivo è proprio quello di comprendere le proprietà delle aggregazioni sociali e le modalità con cui queste si trasformano nel web. Uno dei contributi di questa disciplina è l’aver evidenziato come i media digitali abbiano accorciato le distanze relazionali, vale

a dire che basta una catena di sei persone per mettere in relazione un individuo qualsiasi sul pianeta con chiunque altro, potendo sapere tutto di tutti e riuscendo a contattare le persone o argomenti che più interessano.⁸⁵

3.2.2 Lo “spettatore” e il “commentatore”

Con la riduzione delle barriere tecnologiche legate al processo di diffusione e condivisione dei contenuti web 2.0 come anticipato, il nativo digitale diventa anche creatore di contenuti. Più precisamente, accanto allo spettatore consumatore passivo di informazioni, vi è la presenza dello “spettatore” che crea e modifica contenuti esistenti secondo i propri bisogni comunicativi, ed il “commentatore” che discute i contenuti e li condivide con i propri amici.

Secondo G. Riva [2014], tra i nativi digitali è possibile identificare tre diverse categorie di creatori di contenuti multimediali: vi sono gli autori professionali, gli autori per hobby ed infine gli utenti creativi. Ciascuno di questi gruppi è caratterizzato da differenti livelli di competenza e risorse per creare gli stessi contenuti. Ad esempio, gli autori professionisti (artisti grafici, blogger professionisti, designer di contenuti multimediali) sono nativi digitali che hanno trasformato la capacità di creare i contenuti in una vera e propria professione. Si caratterizzano dunque per il processo e la capacità di utilizzo di strumenti specifici costosi, e lavorano prevalentemente su richiesta.

Il secondo gruppo invece include i creatori di contenuti non professionisti (autori di video e di blog amatoriali, fotografi e musicisti non professionisti). Questi utilizzano applicazioni standard con cui hanno molta familiarità e lavorano con versioni semplici e poco costose rispetto alla strumentazione usata dai professionisti. Gli strumenti più usati sono la fotocamera e la videocamera in quanto permettono di catturare i materiali che andranno poi visionati, processati e trasferiti alle postazioni di lavoro per il monitoraggio e le operazioni di post-produzione.

L’ultima categoria riguarda gli autori creativi, che si cimentano nella creazione di contenuti multimediali con il solo utilizzo dello smartphone e delle applicazioni tecnologiche integrate (fotocamera, videocamera, microfono per la registrazione).

Accanto alla creazione di contenuti digitali, l’uso del web 2.0 e dei social media ha anche favorito la diffusione dei cosiddetti “commentatori”, i nativi digitali che non

⁸⁵ Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

hanno problemi a esporre su blog o reti sociali le proprie opinioni e i propri punti di vista su argomenti di interesse specifico. Non solo, ma l'aggregazione di questi utenti in reti sociali dedicate, come *Tripadvisor* per i viaggi o *Anobii* per i libri, li ha trasformati in fonti di informazioni determinanti per le scelte dei loro coetanei: nessun nativo digitale pianifica un viaggio senza prima controllare su *Tripadvisor* che cosa viene detto dell'albergo scelto. Dunque, sembra ci sia una progressiva sostituzione del potenziale persuasivo pubblicitario con il passaparola all'interno della comunità di riferimento e ciò sta obbligando le aziende a rivedere le politiche di marketing e comunicazione per i nativi digitali. Per questo motivo anche il settore sociale dovrebbe chiedersi se fosse necessario incrementare con il web 2.0 gli attuali strumenti preventivi, proprio con la finalità di raggiungere e coinvolgere tutti.

3.2.3 *La trasformazione dei messaggi in esperienze*

È evidente come lo sviluppo dell'interfaccia *touch* e delle Apps rappresentino l'attuale punto di arrivo di un trend costante della storia dei media: rendere l'interazione con i nuovi media il più possibile simile a quella che ciascun individuo ha all'interno di un ambiente reale. Infatti, a caratterizzare l'esperienza di smartphone e tablet è il progressivo coinvolgimento dei diversi canali sensoriali all'interno di un'esperienza comunicativa sempre più intensa e globale. È possibile interagire attraverso il medium utilizzando il corpo come la voce ed il tatto nella maniera più naturale e semplice.

Un esempio di questa tendenza è "Siri", un App sviluppata da Apple ed integrata in smartphone e tablet, in cui la stessa App Siri permette di dialogare con l'utente fornendo risposte, servizi e tenendo sempre presente il contesto della comunicazione; ad esempio è possibile richiedere informazioni, indicazioni e numeri di telefono, fissare un appuntamento o inviare una e-mail.

Anche l'App Whatsapp disponibile in tutti gli smartphone e scaricabile da Google play (App predisposta alla gestione e al *download* delle stesse Applicazioni), fornisce numerose opportunità in questo senso. Oltre a consentire di chattare inviando messaggi, video, foto, posizioni geografiche ad un unico contatto o a gruppi formati appositamente da uno stesso utente in base alle sue necessità, permette inoltre di scegliere l'opzione di creare, condividere ed inviare messaggi vocali, dunque tramite la registrazione della propria voce con la semplicità di una telefonata.

Dunque, sono per questi motivi che in ambito sanitario si comincia a diffondere il web come ulteriore strumento di comunicazione con il proprio utente. Nello specifico Gunther Eysenbach [2008] ha provato a riassumere le possibilità di sviluppo della Salute 2.0 definendola come:

“L’insieme di tutte quelle applicazioni, servizi e strumenti basati sul web che sono rivolti ai consumatori, ai pazienti, agli operatori sanitari e ai ricercatori biomedici e che fanno uso della tecnologie del web 2.0 per favorire l’integrazione, la partecipazione e la collaborazione all’interno di ciascun gruppo di utenti e tra i diversi gruppi.”⁸⁶

3.3 Il profilo dell’adolescente Nativo Digitale

Da quanto fino ad ora emerso la Rete del web 2.0 offre opportunità uniche ed innovative a tal punto che risulta interessante cercare di capire e di comprendere gli effetti dei nuovi media sui processi cognitivi dei nativi digitali, al fine di circoscrivere il più possibile la portata della trasformazione in corso. Proprio questo oggetto di indagine appartiene ad una specifica area emergente della psicologia, la “Psicologia dei nuovi media” o “Cyberpsicologia”, la quale integra le riflessioni della psicologia della comunicazione e delle scienze cognitive con i numerosi apporti scientifici provenienti da altre discipline.⁸⁷

Secondo questa materia, i nuovi media sono in grado di influenzare significativamente tre principali livelli cognitivi del nativo digitale:

- la percezione dell’identità e delle proprie emozioni, modificando le pratiche di interazione quotidiana;
- la relazione con il proprio corpo e con il vivere le relazioni e l’intimità, come conseguenza dell’autonomia dei contenuti trasmessi.

Come si vedrà, alcuni dei processi e dei fenomeni 2.0 che verranno presentati sono caratterizzati da una duplice valenza: una positiva, di incremento delle possibilità di azione, ma anche un’altra negativa per gli stessi nativi digitali.

Il cyberbullismo, i falsi profili, la pedofilia on-line, l’esposizione ad immagini violente e aggressive e la stessa dipendenza da internet sono alcuni rischi che si incorrono nella

⁸⁶ Definizione di Gunther Eysenbach [2008] tratta da Ottorini G. e Rivoltella P. C. (2014), *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano.

⁸⁷ Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.

stessa Rete web se non utilizzata correttamente. Questi aspetti sono oggetto di interesse di molti professionisti, anche a livello sanitario locale. Sono rischi complessi, in grado di mettere in discussione approcci e modelli applicati dagli esperti, poiché se il trattamento di una dipendenza da sostanze o alcol consiste nel raggiungere e mantenere uno stato di astinenza, ci si chiede come sia possibile tutto ciò con le dipendenze da internet, in quanto si può certamente vivere senza sostanze e senza alcol, ma come si può vivere senza avere relazioni, senza comunicare e quindi senza collegarsi al web?

3.3.1 Identità e corpo digitale

Come anticipato nel primo paragrafo, se per le generazioni precedenti i nuovi media sono strumenti “opachi”, difficili da usare poiché richiedono uno sforzo significativo, per i nativi digitali questi sono invece un’opportunità intuitiva in grado di essere sfruttati in maniera totalmente trasparente.

Secondo la psicologia dei nuovi media, la capacità di sfruttare l’esperienza interattiva è stata creata proprio attraverso l’uso degli strumenti, che ha permesso progressivamente la formazione di nuovi schemi cognitivi in grado di simulare mentalmente le diverse possibilità di azione del medium, consentendo quindi un uso intuitivo. Questo è uno dei processi per cui i media stanno diventando una risorsa chiave per la costruzione dell’identità di ragazzi e ragazze in completa autonomia dal nucleo familiare, poiché attraverso la rete sono permanentemente connessi con il gruppo dei pari. Il motivo di tale atteggiamento è riconducibile al bisogno di velocità e di rapidità che caratterizza questa generazione, capaci di contattare in pochi minuti attraverso la rete internet sia il compagno di classe per i compiti, sia la migliore che il proprio ragazzo. Con il web 2.0 la dimensione del “fare” assieme al gruppo dei pari assume significati diversi, forse meno concreti e più immateriali, ma molto importanti per alcuni adolescenti. Farsi un “*selfie*” insieme ad un’amica, taggando la stessa, aggiungendo un commento ed infine pubblicarlo sul proprio profilo on-line, si presenta come un sequenza di azioni di “fare”, che permettono all’adolescente di collocarsi in un determinato spazio e tempo, di vedersi e di conoscersi. In particolare, il fenomeno del “*selfie*” consiste in un semplice autoscatto in primo piano di se stessi, destinato ad essere condiviso solo sui propri profili social.

Tuttavia, farsi un *selfie* con la palestra sullo sfondo, aggiungendo allo stesso *post* il commento: “Ecco cosa mi aspetta per le prossime due ore, ora mi sento bene”, potrebbe far credere a coloro che vedono e leggono il *post*, che la persona in questione sia un’amante dell’attività fisica, quando magari ha pubblicato tutto questo solo per piacere ad un ragazzo sportivo che magari si reca in quella palestra, attirando la sua attenzione nella bacheca dei social.

Infatti, rispetto al rapporto tra identità reale e virtuale la psicologia dei nuovi media ha individuato tre paradossi presentati di seguito.

- Il primo corrisponde alla possibilità che i nativi digitali possano efficacemente usare i media per modificare la propria identità sociale attraverso la pubblicazione di posts che li ritrae, però è anche vero che l’intervento esterno può interferire modificando la costruzione di tale identità, ad esempio attraverso commenti negativi pubblici degli stessi *posts*, dunque con una disapprovazione pubblica.
- Il secondo paradosso, invece, sostiene che se i nativi digitali possono scegliere come e quali caratteristiche sottolineare della propria identità, seguendo le tracce lasciate dalle diverse identità digitali, è possibile ricostruire l’identità reale, poiché alcuni profili dei social network, Facebook ad esempio, permettono di disattivare il profilo ma non di cancellarlo del tutto, conservando le informazioni in memoria.
- L’ultimo paradosso sostiene che, poiché i social media non distinguono tra legami forti (amici) e legami deboli (conoscenti), considerando tutti “amici digitali” o *follower* e allargando in questo modo la rete sociale, allo stesso tempo questa mancata differenza può portare i ragazzi e le ragazze ad avere le stesse modalità di comportamento e di relazione con tutti gli utenti. Questo è uno dei grandi pericoli della Rete web 2.0.

La presenza di questi nuovi schemi cognitivi produce un effetto anche sulla percezione dello spazio che circonda il nativo digitale. Da una parte, nel momento in cui ha imparato ad usare efficacemente la tecnologia in maniera diretta, lo schema corporeo si espande e finisce per inglobare lo stesso strumento. In questo caso la tastiera del cellulare diventa stabilmente presente negli schemi motori e da un punto di vista di

controllo cognitivo può usarlo intuitivamente, tanto quanto una qualsiasi parte del corpo. Dall'altra parte però, la stessa percezione dello spazio si modifica: il nativo digitale non è più nella stanza ma è presente nel cyberspazio che circonda il suo profilo on-line.

Un'ulteriore dimensione cognitiva sottolineata dalla psicologia dei nuovi media rimanda alle modalità con cui vengono modificate le capacità di sperimentare e di riconoscere le proprie emozioni. Infatti il web 2.0 e le piattaforme *touch*, attraverso la progressiva trasformazione dei contenuti in esperienze, sono in grado di modificare in maniera rilevante gli stati d'animo di milioni di adolescenti. L'interazione mediata sostituisce il mezzo alla fisicità del corpo, con un importante effetto: le emozioni sono ora "disincantate", irreali, poiché non provengono più dallo stesso corpo, ma sono suscitate dall'esterno, attraverso i vari contenuti condivisi o pubblicati dagli amici digitali. Dunque, il corpo reale si separa dall'identità del ragazzo, diventando un autonomo strumento comunicativo ed espressivo stabile.

A questo proposito, un fenomeno che desta preoccupazione è il "sexting", dalla parola inglese "sex", "sesso" e "texting" ossia "l'invio di messaggi". Esso si presenta come la trasmissione mediante i media di immagini e video sessualmente provocanti o pornografici, di se stessi o di persone conosciute personalmente. Il fenomeno infatti è molto frequente tra i nativi digitali, evidenziando il cambiamento nella percezione della corporeità poiché il corpo viene inteso come uno strumento da utilizzare per raggiungere i propri obiettivi in termini di visibilità e di accettazione sociale. In genere le ragazze usano il *sexting* per migliorare la propria identità pubblica, risultando più sexy ed attraenti o anche per ottenere qualcosa di specifico in cambio come soldi, ricariche del cellulare o vestiti. Anche i ragazzi usano il *sexting* per migliorare la propria identità sociale, ma in modo opposto, vale a dire per evidenziare la capacità di seduzione e il proprio potenziale sessuale alle ragazze.

Dunque la conseguenza è che i soggetti riceventi, privi dell'oggettività del corpo fisico, possono costruire l'identità dell'altro solo indirettamente, interpretando le immagini che questo condivide, identificando i soggetti con i singoli aspetti della sua presentazione.

Un'ulteriore fenomeno sociale riferito alla relazione con l'altro e gli altri è il *flash mob*, dall'inglese "*flash*", "lampo", inteso questo come evento rapido ed improvviso, e

“mob”, “folla”. Il termine è stato coniato nell’anno 2003⁸⁸ per indicare un assembramento improvviso di un gruppo di persone, in uno spazio pubblico con finalità comuni, come il mettere in pratica un’azione insolita in grado di dissolversi nel giro di poco tempo. La peculiarità delle relazioni che si instaurano attraverso il *flash mob* prevedono il passaggio dalla piazza virtuale alla piazza reale, in quanto il raduno viene generalmente organizzato tramite le community del web, comunicando le regole dell’azione ai partecipanti.

Si conclude questa parte riportando le parole di L. Toller dal saggio: “*Chi è in chat? Dipendenza da internet e da videogiochi*” [2011]:

“[...] far parte della Rete del web si presenta come una “possibilità”: la possibilità di perdere la propria identità e libertà ma anche la possibilità di contattare tutti e di non perdere nessuno.”⁸⁹

3.4 Le nuove sfide della Prevenzione

Come argomentato fino ad ora, il web 2.0 propone una comunicazione reticolare, collaborativa e dinamica. Si è passati cioè dal “comunicare a” al “comunicare con” fino a far diventare l’utente, il nativo digitale, il cittadino “commentatore” del messaggio, produttore di comunicazione, attore capace di influenzare i soggetti, innescando dinamiche dal basso. È proprio questo che risulta interessante: il passaggio dal basso all’alto, dal cittadino all’istituzione cambiando totalmente prospettiva del processo comunicativo tradizionale.

Dunque, il motivo per cui usare i social media come strumento di Prevenzione e di Promozione della salute sessuale, lo si ritrova nelle stesse caratteristiche del mezzo, medium, ovvero uno strumento maggiormente appetibile, vicino al mondo giovanile, *friendly*, in grado di diventare il luogo di propagazione di informazioni “sane”, di incontro virtuale, di coinvolgimento di soggetti altrimenti difficilmente raggiungibili. Questo grazie alle caratteristiche di gratuità, ubiquità, partecipazione attiva, coinvolgimento, scambio di esperienze e condivisione di saperi e di emozioni del web

⁸⁸ In Europa, il primo evento del genere si svolse in Italia, Roma nel Luglio del 2003.

⁸⁹ Toller L. (2011), “*Chi è in chat? Dipendenze da Internet e videogiochi*”, ed. Sovera, Roma, pg. 5.

2.0, attraverso la costruzione di una relazione, di una rete “sana” di informazioni complete e sicure rivolte agli adolescenti e alla loro sessualità.

In altre parole si chiede alla Rete territoriale di integrare l’attuale prevenzione con ulteriore *setting* preventivo, grazie ed attraverso i vecchi ma soprattutto i nuovi media. Gli stessi modelli e paradigmi educativi, quindi, non vengano solo calati dall’alto attraverso lezioni asettiche e frontali, ma si muovano dal basso, dalle connessioni sempre attive degli adolescenti sul web. Come mostrato dai Progetti “Tra dire e il fare...” e “Cosa ne sai” i ragazzi e le ragazze si presentano con uno scarso livello di conoscenza in materia di MST e del virus dell’HIV, sono dei ragazzi dalla risposta “non so”. Tuttavia essi dimostrano il desiderio e l’interesse di ricevere informazioni corrette su come proteggersi, vogliono confrontarsi, parlare, perché è solo dialogando che si giunge alla consapevolezza che le MST sono rischi reali e non eventi straordinari. Ma per favorire tutto ciò è necessario poter entrare nei contesti degli adolescenti di oggi, nei loro ambienti, nelle loro conversazioni e non una volta sola, come ad esempio con un intervento in classe, ma spesso. Potrebbe essere un progetto ambizioso, ma è fondato sulla convinzione che solo attraverso la contaminazione e la condivisione dei saperi, si possa sviluppare un percorso che riesca veramente a considerare i cambiamenti in atto, sviluppando risposte coerenti e mirate con e per gli stessi destinatari.

Nell’ultimo Capitolo verrà approfondito il significato e le implicazioni della nuova Salute 2.0, per poi cercare di capire se effettivamente questa possibilità possa essere davvero efficace rispetto ad un materia così delicata come le MST, in cui la conoscenza è solo il primo passo nel percorso di maturazione e consapevolezza dei rischi.

CAPITOLO 4.

VERSO UNA PREVENZIONE STRATEGICA DEI COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO

Questo lavoro ha preso avvio dalla volontà di vedere oltre, di prevedere atteggiamenti e comportamenti di adolescenti diffidenti, pensanti ed appartenenti ad una generazione che intenzionalmente e progressivamente esclude dal proprio mondo gli immigrati digitali. Questo perché, da quanto emerso attraverso i Progetti “tra dire e il fare...” e “Cosa ne sai”, gli attuali modelli ed approcci preventivi non sono più sufficienti per informare correttamente e completamente gli adolescenti di oggi in materia sessuale. Perciò pensare ad un’ulteriore, integrante e supplementare metodo di prevenzione che si aggiunga dunque ai progetti esistenti sembra la strada giusta da percorrere o almeno da iniziare a tracciare.

Con questi presupposti oggi, la Prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio si presenta davanti a nuove sfide: si richiede alle agenzie educative di cambiare punti di vista, di sviluppare risposte coerenti e congruenti sul piano metodologico ed operativo. Questo è possibile attraverso il confronto e la condivisione di saperi e di professioni, delineando approcci multi-settoriali, inter-disciplinari al fine di comprendere e considerare i veri destinatari dei Progetti.

Il ruolo dei media, vecchi e nuovi, è di rappresentare il tessuto connettivo degli individui e delle *community*. Parlare di “E-generation” o di nativi digitali non significa semplicemente rilevare il ruolo e l’importanza dei media digitali nella vita di ogni adolescente, quanto piuttosto cogliere nello specifico una generazione e quindi un’intera società che è fatta di nuovi media e si costituisce di informazione. Non a caso alcuni studiosi preferiscono parlare di “società dell’informazione” o “società trasparente” evidenziando come la presenza della trasmissione di conoscenze, saperi, esperienze ed emozioni sia chiara, costante, condivisa e partecipata.

Questo assunto rimanda ad una peculiarità dei programmi di intervento in materia di salute sessuale elencati da Pier Cesare Rivoltella e Gianmaria Ottolini. Come mostrato nel Capitolo 3, un Progetto rivolto agli adolescenti per essere efficace, oltre ad essere adatto ai suoi interlocutori (questo lo si è trattato nel Capitolo 1 e nel capitolo 3), è necessario che trasmetta un messaggio chiaro e completo, fornendo informazioni

basiche sull'argomento. Condividendo questo approccio, tale assunzione non può che non rimandare alle caratteristiche stesse dei media. La tempestività delle informazioni, la comunicazione interattiva, l'accessibilità dei contenuti in un contesto di formazione e di sviluppo della consapevolezza, sono potenzialità che evidenziano concrete opportunità di un possibile nuovo *setting* della prevenzione sulle condotte sessuali a rischio. Inoltre, proprio per il ruolo che rivestono i media nell'intera società di oggi, potrebbero essere l'unico mezzo preventivo in grado di raggiungere nello stesso istante sia il singolo adolescente, a livello micro, sia la sua famiglia e la comunità a livello macro.

Pertanto, pensando a questi nuovi strumenti inseriti nei progetti di prevenzione è necessario fare alcune precisazioni teoriche e metodologiche, al fine di non tralasciare nessuna argomentazione sul ruolo strutturale dei media.

I media mediano la realtà. Questo significa che nella società dell'informazione “*tutto arriva senza bisogno di partire*”.⁹⁰ La conoscenza delle cose, delle MST, è in larga parte sempre più mediata dalle stesse rappresentazioni dei media. “*Finestra sul mondo*”, essi riportano le immagini e storie della società ma anche di diverse culture. Grazie ai media è possibile viaggiare virtualmente senza muoversi da casa, pur avendo una visione della materia e del mondo globalizzata. Tuttavia è vero che a volte si tratta di “una finestra sporca”, non abbastanza trasparente: i media, mentre la mediano, deformano la realtà, la articolano secondo un punto di vista, rischiando di trasmettere e comunicare ciò che non è. Per questo motivo nella ricerca “Cosa ne sai” è stata inserita una Sezione rispetto alle fonti di informazioni, al fine di indagare se i canali scelti fossero adatti in materia di salute sessuale; ed è altrettanto per questo motivo che durante i focus group la conduttrice si è soffermata molto rispetto alle false notizie e credenze che trasmettono alcuni canali televisivi o del web. Tuttavia, se la prevenzione si avvalessse del supporto dei media, dovrebbe pianificare il modo per mettere al centro dell'attenzione degli utenti le stesse false notizie. Ad esempio, se ci si riferisce ai social network, un metodo potrebbe essere quello di condividere lo stesso articolo contraddittorio aggiungendo un breve testo che inequivocabilmente lo svaluta e lo confuta con tesi e notizie corrette. Questo perché nei media le informazioni trasmesse sono molteplici ed incontrollabili, di

⁹⁰ Ottorini G. e Rivoltella P. C. (2014), *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano, pg. 92.

conseguenza tra gli scopi che il soggetto pubblico promotore si dovrebbe prefissare, dovrebbe essere presente quello di voler essere considerato dai suoi cittadini come l'unico canale sicuro, fedele in materia. Ciò è possibile se i media vengono utilizzati correttamente ed adeguatamente per le loro potenzialità, considerando il cittadino come un vero e proprio "consumatore" di salute, assunto da non tralasciare.

In seconda battuta, i media mediano le relazioni. E questo è molto interessante in questa analisi. Grazie alla loro presenza si riesce sempre a rimanere in contatto con tutti, amici, familiari e conoscenti, sono raggiungibili ovunque, materializzando la percezione di sentirsi costantemente in contatto con le persone che fanno parte della rete sociale. Si tratta di una situazione comunicativa resa possibile dalla disponibilità del wi-fi, della posta elettronica, dagli applicativi di instant messaging, in cui il mondo è realmente più piccolo. Questo permette all'approccio preventivo di rivolgersi sia a tutti i cittadini, sia a color che potrebbero essere a rischio (prevenzione selettiva) infine sia verso la riduzione dei danni o della cronicizzazione (prevenzione indicata).

Dunque ad esempio, è possibile creare una pagina in rete che connetta consumatori, nello specifico gli adolescenti a rischio e non, professionisti socio-sanitari e ricercatori favorendo la distribuzione del sapere, l'integrazione e la collaborazione nel tema delle MST. Anche in questo caso però serve attenzione: se la comunicazione mediata è la più comoda, tranquillizzante, socialmente funzionale tuttavia perde il senso della relazione, come rapporto di dialogo e di confronto verbale e non verbale.

Questo è il motivo per cui se si pensa di utilizzare le piattaforme 2.0 o App per comunicare in tema di MST bisognerebbe fare in modo che questo strumento sia il mezzo ulteriore per favorire il "primo aggancio" dell'adolescente. In quanto attraverso l'utilizzo del social network o di App predisposte l'assenza del contatto diretto con l'operatore può mettere maggiormente a proprio agio l'adolescente ponendo domande personali ed intime; questa è l'opportunità per il professionista di avvicinare i giovani con particolare esigenze al proprio Servizio; per questo motivo gli fornirà le informazioni necessarie affinché il ragazzo/a si avvicini all'istituzione, magari per un colloquio di approfondimento.

Ne segue che si può fare prevenzione al comportamento sessuale a rischio *nei* media e *attraverso* i media. Vale a dire, nel primo caso *nei* media come luogo aggiuntivo e di supporto ai progetti già esistenti. Pier Cesare Rivoltella paragona i media all'educativa

di strada. La strada è come i media ambiente di relazioni, incontro di costruzione dell'identità in cui si può trovare anche la trasgressione e la devianza. Per questo le sfide della nuova prevenzione passano attraverso stili e forme della presenza dei professionisti in strada, nella rete web. Poiché se gli operatori non conoscono i linguaggi a la cultura dei giovani di oggi il rischio di non intercettare il disagio è molto alto. Fare invece prevenzione *attraverso* i media si intende considerare i media come "ponti". Grazie alla facilità e alla gradualità degli stessi, si favorisce il diffondersi di informazioni corrette ed il primo aggancio con un futuro utente, avvicinandolo al servizio pubblico. In questo caso, alle conoscenze dell'uso della rete si aggiungono competenze di progettazione di sviluppo di applicativi e di servizi orientati nella direzione della comunicazione on-line.

Tuttavia si ha la consapevolezza che il passaggio dall'ideazione alla programmazione di un progetto sociale di questo tipo necessita dell'opinione degli esperti, di coloro che fanno della prevenzione il loro lavoro e che hanno contatto quotidiano con gli adolescenti di oggi. Per questo motivo, la presentazione di modelli di prevenzione *con* e *attraverso* i media che verranno presentati di seguito sono integrati con esperienze e opinioni dei professionisti della Rete territoriale, al fine di verificare se questi strumenti possano essere davvero efficaci rispetto ad un materia così delicata. La raccolta di queste informazioni è stata possibile attraverso la conduzione di alcune interviste qualitative rivolte: al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Ulss17, ad un istituto e liceo superiore appartenente sempre al distretto Azienda Ulss17 ed infine a professionisti che si occupano di *web design* e marketing sociale al fine di raccogliere informazioni utili sull'utilizzo, magari trascurate durante questa analisi.

Si è deciso di trattare in questo ultimo Capitolo dell'elaborato le potenzialità e le capacità degli stessi media nella Prevenzione delle condotte sessuali a rischio, integrando ogni aspetto con opinioni ed esperienze rilasciate. I prossimi paragrafi infatti dovranno essere letti considerando quanto detto fin ora:

- I vecchi e i nuovi media sono mezzi che si aggiungono ai progetti di preventivi già in atto nel territorio condividendo con questi stili educativi, informativi e soggetti promotori.

- I media sono intesi come mediatori di realtà e di relazioni, dunque come “luogo” e “ponte” per raggiungere “in strada” le giovani generazioni.
- La prevenzione attraverso i media si amplia, presentandosi come primaria, secondaria e terziaria o universale, selettiva ed indicata per i suoi livelli di coinvolgimento e partecipazione dei destinatari.
- È prioritaria la necessità di conoscere ed acquisire competenze programmatiche, gestionali e valutative degli stessi strumenti mediatici, al fine di un utilizzo adeguato ed idoneo alla materia da parte dei professionisti territoriali che intenderanno occuparsene.

4.1 In breve: pubblicità, *fiction* e teatro

Come anticipato dal titolo del paragrafo, si presenteranno molto brevemente le caratteristiche dei “vecchi media”: televisione e teatro, sia come mediatori di realtà rispetto ai rischi sessuali sia come connettori di relazioni.

Prima di cominciare è necessaria una precisazione. La letteratura aggiornata tende a superare la distinzione vecchi e nuovi media poiché nell’epoca digitale anche un medium vecchio come la televisione, di cui si parlerà tra poco, si è trasformato in digitale attraverso nuove funzioni. Ne sono un esempio, l’infinita disponibilità di canali, o di contenuti extra visibili attraverso apposite App già presenti nella tv, l’alta definizione ed il 3D, oltre che la possibilità di navigare sul web e sui social network. Si tratta di caratteristiche che naturalmente il computer restituisce in modo più ampio e che la diffusione degli smartphone e tablet rende disponibili in mobilità.

Come si vedrà dunque la televisione, attraverso la pubblicità e le *fiction* ed il teatro sono in grado di trasmettere informazioni sulla sessualità basandosi sulla promozione delle *life skills*; intendendole come l’insieme di abilità cognitive, sociali, emotive e relazionali che consentono di affrontare al meglio le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana dell’adolescente, poichè aiutano lo sviluppo e il potenziamento dei fattori protettivi nell’individuo e riducendo le possibilità sui rischi sessuali.

4.1.1 La televisione

Se Karl Popper e John Condry nel 1996 in *“Cattiva maestra televisione”* si interrogavano sulle conseguenze di questo strumento nei bambini e nei ragazzi definendola *“ladra di tempo”*. Oggi si può con sicurezza affermare di come la televisione sia capace di proporre anche comunicazione sociale presentandosi come un mezzo in più, un’ulteriore possibilità per raggiungere tutti; aggiungendo inoltre di come oggi siano definiti *“ladri di tempo”* proprio gli stessi smartphone e web se utilizzati scorrettamente.

Una delle funzioni educative della televisione le si rintracciano nelle campagne di informazione promosse dalla Fondazione Pubblicità Progresso a partire dal 1971.⁹¹ Essa si presenta come un’organizzazione senza fini di lucro ed attiva nel campo della comunicazione sociale. Questa ultima viene intesa dalla stessa Fondazione come uno strumento di trasmissione e persuasione in grado di coinvolgere il cittadino, spingendolo all’azione poiché è in grado di renderlo partecipe dei problemi ma anche delle soluzioni per risolverli.

Pubblicità Progresso ha come partners le più importanti associazioni nel mondo della comunicazione, tra cui la RAI (Radio Televisione Italiana) e mediante l’ideazione e la creazione delle proprie campagne di pubblico interesse, stimola la coscienza e la consapevolezza sociale.

Un’azione simile e complementare è quella istituzionale del Ministero della Salute attraverso la realizzazione di spot televisivi, radiofonici, stampa e web. Ne è un esempio la campagna di informazione sull’infezione da HIV e sulle modalità di trasmissione e misure di prevenzione ideata negli anni 2012-2013. La campagna si rivolge alla popolazione generale e vede come testimonial l’attore italiano Raul Bova che ha scelto di offrire la sua collaborazione gratuitamente.

In sede di focus group del Progetto *“Cosa ne sai”*, interessante era l’idea di sapere se gli adolescenti vedessero queste pubblicità e se concretamente recepissero il messaggio. Si è constatato che i ragazzi associassero il testimonial ed il colore frequente delle pubblicità al virus dell’HIV (colore rosso), quindi una memoria per immagini,

⁹¹ <http://www.pubblicitaprogesso.org/>, e <http://www.pubblicitaprogesso.org/campagne/>, ultimo accesso 23 Gennaio 2015.

ricordandosi di aver visto spesso la campagna istituzionale ma non esattamente ricordandosi cosa diceva.

Un'ulteriore mezzo di prevenzione in questi anni sempre più diffuso anche negli schermi italiani è l'*Entertainment Education*.

Con il termine *Entertainment Education* si intende “educazione tramite l'intrattenimento” e si fa riferimento ad un approccio di promozione alla salute sessuale che comprende l'utilizzo delle fiction o soap-opera per trasmettere messaggi educativi o motivazionali.

Inizialmente questo approccio si è diffuso in Messico⁹² e successivamente negli Stati Uniti venendo considerato da molti esperti come uno strumento capace di giocare un ruolo particolarmente positivo nell'educazione alla salute. Attraverso il canale dell'intrattenimento infatti, l'*Entertainment Education* permette di incrementare la conoscenza degli spettatori riguardo a precise problematiche educative, aumentando la consapevolezza, la creazione di attitudini favorevoli ed infine modificando i comportamenti disfunzionali.

Proprio partendo dalla constatazione di come non sia sufficiente la trasmissione di conoscenza solo attraverso progetti singoli di prevenzione, questo approccio crede nell'apprendimento attraverso l'osservazione e l'imitazione del comportamento degli altri, che servono da modello,⁹³ avendo quindi una particolare importanza nel definire le azioni e le attitudini.

In particolare, uno dei vantaggi nell'utilizzare programmi quali le serie TV per trasmettere messaggi educativi è che questi permettono al pubblico di creare legami “affettivi” con i protagonisti, riflettendo sui problemi che incontrano nel corso della trama sviluppando pensieri ed opinioni personali. Infatti, il coinvolgimento cognitivo ed

⁹² L'*Entertainment Education* nasce in Messico verso la fine della metà degli anni Settanta da un'idea di Miguel Sabido, che si ispira agli straordinari effetti che aveva avuto la televisione peruviana in cui le vicende della giovane protagonista di una *fiction* avevano motivato migliaia di giovani di basso livello sociale ad iscriversi alle scuole superiori per cambiare la loro situazione (la protagonista Maria era una ragazza normale che riesce a diventare donna di successo grazie alle sue qualità). M. Sabido crea allora una soap-opera finalizzata ad aumentare il grado di alfabetizzazione in Messico ed ottiene anche in questo caso dei risultati stupefacenti: 250.000 persone si iscrissero alla scuola il giorno dopo aver visto il primo episodio della serie.

⁹³ L'*Entertainment Education* affonda le sue radici teoriche nella teoria dell'Apprendimento Sociale di Albert Bandura come anche l'approccio alle *life skills*.

emotivo è il meccanismo che permette all'educazione tramite intrattenimento di essere maggiormente efficace nella promozione dei cambiamenti, rispetto agli approcci più tradizionali. Questo elemento lo rende un approccio molto promettente nella lotta contro i comportamenti sessuali a rischio, infatti è stato utilizzato proprio per la prevenzione ed il controllo del virus dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili.

In particolare per fare un esempio concreto, il film “*Juno*” [2007] e le serie televisive come “*La vita segreta di una teenager americana*” [2008], “*16 and Pregnant*” [2009], “*Teen Mom*” [2010] ed infine “*Piccole mamme crescono*” [2012] sono tutti esempi di educazione sessuale tramite l'intrattenimento. Tutti questi *format* raccontano reali storie di ragazze giovanissime americane ed italiane e delle loro gravidanze, riportando i cambiamenti della giovane madre in diversi contesti come: a scuola, con gli amici, con il proprio ragazzo, le difficoltà lavorative e con la famiglia di origine fino. Le serie televisive come “*16 and Pregnant*” e “*Teen Mom*” si costituiscono sia di momenti narrativi sia di interviste dirette con le stesse giovani mamme. L'ultima puntata inoltre vede l'incontro e il confronto della protagonista con un medico ginecologo ed esperto in educazione sessuale al fine di evidenziare al pubblico a casa le difficoltà e gli errori durante tutto il percorso pre e post gravidanza. Molti sono i giovanissimi che guardano e seguono queste storie, come alcune ragazze hanno dichiarato proprio durante gli stessi focus group.

Il Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa Dipendenze dell'Azienda Ulss17 avevano disposto più di una decina di anni fa alcuni filmati educativi sulla Prevenzione e sulla Promozione della salute.

Come raccontato durante l'intervista dal Responsabile del Servizio, il Dott. G. Zecchinato:

“il Progetto era nato in risposta all'esigenza di riuscire ad arrivare in tutte le famiglie della scuola, poiché si era constatato che agli incontri educativi sulla salute rivolti ai genitori partecipavano sempre le stesse mamme e papà e non assistevano magari, proprio quelle famiglie che per i comportamenti del figlio venivano considerate a rischio dagli insegnanti.”

Per questo motivo erano stati creati alcuni video educativi costituiti da semplici racconti, informazioni generali e metodi di prevenzione sulle condotte a rischio sia sessuali sia riferiti alla dipendenza da sostanze, da consegnare alle famiglie in formato videocassetta. Il Progetto era stato realizzato proprio sul ruolo significativo della

televisione come strumento di trasmissione ad ampio raggio, purtroppo però non è stato portato a termine, non sapendo quali risultati avrebbe ottenuto.

4.1.2 Il teatro

Negli ultimi anni il teatro ha suscitato l'interesse di molti professionisti socio-sanitari in materie di Prevenzione, poiché si presenta come strumento privilegiato per lo sviluppo di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti. Ma ciò che più lo distingue rispetto agli altri mezzi di prevenzione è l'opportunità di esportazione dei vissuti emotivi, personali e collettivi degli stessi individui e ragazzi. Questa peculiarità lo fa strumento strategico per la prevenzione sulle condotte sessuali, soprattutto se rivolta a soggetti già a rischio. Per questo oggi si parla anche di Teatro Sociale, *“non avendo come finalità un prodotto estetico, il mercato dell'intrattenimento e della ricerca teatrale, bensì il processo di costruzione pubblico e privato degli individui.”*⁹⁴

Le esperienze riportate dal Centro Regionale Piemontese di Documentazione per la Promozione della Salute evidenziano come il teatro produca dei cambiamenti significativi in termini di salute. Infatti attraverso il coinvolgimento emotivo, è efficace sui processi di apprendimento e sugli atteggiamenti e motivazioni come spinta al cambiamento. Pertanto proprio per questi vantaggi e peculiarità nel tempo si sono diffuse diverse modalità di teatro sociale, un esempio è il Teatro dell'Oppresso.

Questo è un metodo teatrale creato dal regista brasiliano Augusto Boal a partire dagli anni Sessanta. È una forma teatrale che si fonda sull'idea che tutti possono fare teatro, anche gli spettatori, ciò è realizzabile rendendo il pubblico parte integrante della rappresentazione, un po' come i “spettatori” e “commentatori” 2.0.

In particolare, il teatro dell'oppresso, si compone di diverse tecniche che hanno l'obiettivo di rendere la persona protagonista dell'azione drammatica, facendo riflettere la comunità sulle proprie difficoltà quotidiane, senza dare risposte precise ma ponendo solamente interrogativi, creando in questo modo un contesto in cui poter ricercare collettivamente delle possibili soluzioni.

Il teatro quindi come strumento maieutico ed educativo che può prevedere le stesse categorie a rischio e non come spettatori e partecipi alla rappresentazione, come nel caso del teatro dell'oppresso, oppure come attori stessi delle rappresentazioni, al fine di

⁹⁴ Consultabile sul sito: <http://www.dors.it/>, ultimo accesso 23 Gennaio 2015.

stimolare la consapevolezza e la responsabilizzare. Vi sono stati infatti precisi progetti e concorsi istituzionali in tema di educazione sessuale in cui si chiedevano ai ragazzi sotto i 18 anni la costruzione di un video amatoriale sul tema, concorrendo ad un premio finale come dei biglietti per un concerto. Anche questo è teatro, è un modo di stare sul palco, di portare in scena il sociale e la responsabilizzazione.

Per questo motivo, l'Unità Operativa Complessa Dipendenze dell'Azienda Ulss17 ha proposto per l'anno scolastico 2013-2014 uno spettacolo della compagnia di teatro milanese "Itineraria" sul tema del rischio e soprattutto sulla dipendenza da sostanze.

Dal 1994 Itineraria Teatro infatti produce spettacoli in tema sociale e civile a livello nazionale e con lo spettacolo "*Stupefatto*" racconta in forma di narrazione la storia autobiografica di Enrico Comi, precedentemente pubblicata in un libro, sui luoghi comune diffusi tra i giovanissimi come: "*smetto quando voglio*", "*la canna fa meno male delle sigarette*", "*sono droghe naturali*", "*le canne non hanno mai ucciso nessuno.*"⁹⁵ L'ex Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha premiato questo preciso spettacolo con una medaglia per l'impegno civile e sociale della compagnia Itineraria. Difatti si può affermare che lo spettacolo "*Stupefatto*", nonostante si discosti dai comportamenti sessuali a rischio potendo sembrare fuorviante rispetto a questo lavoro, ha colpito per la sua semplicità nel trattare un tema così vicino ai giovani. Ha mostrato come la prevenzione più efficace è quella che si basa sulla chiarezza, sul raccontare i fatti in modo conciso e diretto, mostrando la realtà dei rischi e confutando opinioni diffuse e motivazioni tipiche giovanili, ad esempio nel provare una canna:

"Perché se la canna è una droga naturale, allora anche il veleno del serpente è naturale, lo produce il serpente! Ma perché non ci facciamo delle gran bevute di veleno del serpente?"

Questa appena riportata è una frase del copione di Fabrizio De Giovanni, attore narrante della storia autobiografica, egli ritiene infatti come il teatro sia "*un'arma, per la sua capacità di colpire...all'obiettivo*".

⁹⁵ <http://www.itineraria.it/spettacoli-dettaglio.php?t=Stupefatto>, ultimo accesso 23 Gennaio 2015.

4.2 La Rete territoriale incontra la Rete 2.0: esperienze ed opinioni

Il titolo di questo paragrafo indica chiaramente cosa si andrà affrontare. Ci si è resi conto di come fosse necessario inserire in questo lavoro un punto di incontro, o meglio un riscontro da parte della Rete territoriale rispetto all'uso del web 2.0. Alcuni contributi forniti dai professionisti sono già stati inseriti durante la trattazione, poiché sembrava interessante il binomio teoria e pratica. Tuttavia in questa analisi si approfondiranno le esperienze e le opinioni ricavate attraverso la tecnica dell'intervista qualitativa solamente rispetto alla prevenzione delle condotte sessuali a rischio.

Nello specifico, l'intervista qualitativa si basa su un'interazione fra un intervistatore e un rispondente, assomigliando in questo modo ad una semplice conversazione. Come in questo caso infatti, l'intervistatore ha un'idea generale di cosa vuole indagare e non una serie di domande precise da porre, con una particolare formulazione e ordine, come nel caso dell'intervista strutturata tradizionale. Infatti i punti di forza di questa tecnica corrispondono proprio alla flessibilità ed alla continua interazione, peculiarità necessaria se l'oggetto di indagine è ancora in fase di formulazione e di discussione. Infatti, l'intervistatore deve essere in grado di porre una domanda aperta, ascoltare la risposta attentamente, interpretare il significato in base agli interessi della ricerca per poi formulare altre domande approfondendo il tema di quella risposta, oppure spostando l'attenzione del soggetto verso un'area più rilevante dell'indagine.⁹⁶ Questo al fine di indagare opinioni, esperienze e future intenzioni in materie di condotte sessuali a rischio e di revisione della sua prevenzione.

Intervistando il responsabile dell'Unità Complessa Dipendenze dell'Azienda Uss17 e l'educatrice sempre dello stesso Servizio, riportano molta attenzione e coinvolgimento rispetto all'uso di internet nella Prevenzione e nella Promozione e questo sostanzialmente per due motivi. Il primo, perché proprio nei mesi di Novembre e Dicembre 2014 l'azienda sanitaria ha cominciato a pianificare il 2.0 per le comunicazioni sulla salute; il secondo motivo invece, si riferisce alle competenze degli stessi professionisti, poiché i due esperti erano interessati al confronto proprio al fine di rilevare ulteriori possibilità ed opportunità del 2.0.

⁹⁶ Babbie E. (2010), *Ricerca sociale*, Apodeo education, Milano;

Il Servizio si occupa di Prevenzione e di Promozione della salute da molti anni, attraverso la collaborazione ed il lavoro in rete con il SPES del territorio (Servizio Educazione Promozione della Salute). Gli interventi da loro condotti al momento prevedono: programmazione di Progetti rivolti a bambini, adolescenti ed adulti da proporre alle scuole, comuni e/o associazioni; sostegno di emergenza nel territorio,⁹⁷ ed il CIC come Centro di Informazione e Consulenza in tutte le scuole dei 46 comuni dell'Azienda Ulss17.

In fase di discussione vi è esattamente la possibilità di estendere l'azione preventiva attraverso strumenti innovativi come Facebook, mediante la creazione di una specifica pagina del Servizio e di una chat personalizzata. Infatti, come i professionisti raccontano, l'azione prevede di intervenire non solo sui comportamenti sessuali a rischio ma su tutti i rischi, che possono riguardare gli adolescenti e gli adulti. La progettazione della pagina e della chat on-line si estenderebbe dunque ad una prevenzione primaria, secondaria e terziaria oltre che universale, selettiva ed indicata, se ci si riferisce al *target*. Questo è possibile poiché nel Progetto sono coinvolti tutti i servizi specialistici appartenenti all'azienda, come il Consultorio Familiare, il Dipartimento di Psichiatria e l'Età Evolutiva e Neuropsichiatria Infantile, potendo estendere gli ambiti di azione.

Ne segue che nel mese di Febbraio 2015 tutti i professionisti hanno concordato per un'incontro, una tavola rotonda, al fine di delineare azioni, obiettivi e scopi del futuro Progetto 2.0.

Tuttavia, le risposte sono state molto vaghe quando si è chiesto agli stessi professionisti come immaginavano di strutturare la pagina e la chat di Facebook. L'educatrice ed il responsabile hanno ammesso di non saper usare le stesse tecnologie *“di non avere idea dei loro codici di utilizzo.”* Come aggiunge l'educatrice: *“se volessimo inoltrarci nei social network per capirne il funzionamento a fini professionali, non potremmo, poiché l'accesso alla piattaforma è bloccata dal sistema informatico dell'azienda.”* Inoltre aggiungono di rendersi conto di come siano necessarie e fondamentali figure che

⁹⁷ In particolare nell'anno 2013 sono stati chiamati ad intervenire, con incontri informativi e di *counselling* di gruppo, a seguito di tre suicidi di adolescenti avvenuti nello stesso distretto sanitario. Così hanno condotto degli interventi nelle scuole, nei comuni rivolgendosi alla cittadinanza, ma anche all'interno della stessa azienda al fine di approfondire gli episodi.

formino gli stessi formatori, poiché servono competenze specifiche e *“noi come immigrati digitali facciamo fatica.”*

Durante l'intervista hanno raccontato di come la definizione nativi digitali sia entrata nel loro lessico specifico di operatori, soprattutto a seguito delle continue richieste da parte delle scuole e dei comuni di programmare corsi di formazione per i genitori, riguardo l'uso e l'abuso del web da parte dei loro figli. Questo è un tema che preoccupa molto i professionisti, soprattutto come servizio per dipendenze. Il responsabile del Servizio ha infatti affermato: *“Ci siamo interrogati per vent'anni sul valore pedagogico della televisione, oggi questo è stato superato dal web e dai social network. Noi professionisti siamo sempre indietro.”*

Continuando con l'intervista, gli si è chiesto cosa ne pensassero nello specifico nell'utilizzo dei social o della app nella prevenzione sulle condotte sessuali a rischio degli adolescenti di oggi.

Secondo loro: *“Sicuramente produrrà cambiamento, ma per ora non sappiamo se sarà possibile controllarne gli esiti. È certo però che ci dobbiamo aggiornare, sia come servizio sia come professionisti a tutti i livelli. Serve formazione, ma soprattutto e purtroppo finanziamenti per farla.”* Aggiungono infatti di come per loro il progetto di prevenzione 2.0 dell'Azienda Ulss17 avrà tempi lunghi poiché allo stato attuale non vi sono fondi per implementarlo. Dunque: *“Le intenzioni ci sono, ma ci sentiamo smarriti.”*

L'intervista a due insegnanti di un istituto ed un liceo della Bassa padovana, si è rivelata molto proficua nel delineare le effettive possibilità di azione del 2.0.

In particolare, un'insegnante all'inizio dell'intervista ha ammesso come lei si senta *“inadatta di fronte ai propri alunni”*, poiché come aggiunge *“io insegno da vent'anni e noto chiaramente come le abilità di apprendimento dei nostri ragazzi siano cambiate, stiano cambiando.”*

Secondo l'insegnante di italiano, i ragazzi di oggi apprendono con molta velocità se utilizzano le immagini e secondo lei questa è una conseguenza indotta dall'uso delle nuove tecnologie. La stessa riferendosi ad una sua collega che insegna alla scuola primaria, racconta come già i bambini di seconda elementare facciano fatica a comprendere ed attuare il significato della frase *“punto a capo, da sinistra, lettera maiuscola”*. Questo perché secondo l'insegnante, nonostante sapessero leggere e scrivere, non riescono a portare a termine l'indicazione della maestra poiché non

vedono l'immagine, *“le generazioni di oggi lavorano per immagini, addirittura i bambini nelle prove invalsi faticano a comprendere il significato di crocettare la casella giusta, poiché sono abituati ad indicare, nel cellulare, nel tablet .”*

L'apprendimento di bambini e ragazzi ha subito grossi cambiamenti, affermano che non sanno se negativi o positivi, *“ma che bisogna prenderne atto anche a livello ministeriale.”*

Oggi le scuole utilizzano sistemi informatici, ad esempio il nuovo registro elettronico (consente di registrare voto, assenze comunicazioni, compiti agli alunni e ai genitori attraverso un'apposita piattaforma) e le LIM (Lavagne Interattive Multimediali). Tuttavia le insegnanti riportano come i professori non sappiano utilizzare questi strumenti, vi sono stati organizzati corsi di aggiornamento obbligatori *“ma finché ci fanno stare seduti a prendere appunti e non ci sperimentano mettendoci davanti ad un computer, non impareremo mai niente, o almeno ignoreremmo moltissime opportunità del web: dobbiamo fare pratica.”*

Questa affermazione in effetti rimanda proprio le caratteristiche del nativo digitale, vale a dire colui che sa usufruire di determinati strumenti non per una questione generazionale, ma per un costante utilizzo e pratica.

Le professoressa sarebbero d'accordo nel potenziare le attività preventive estendendosi anche ai social network. Sostengono infatti che la scuola potrebbe fare molto, poiché la creazione di una pagina Facebook e/o Twitter e/o di un'apposita App permetterebbe ai suoi alunni garanzia di informazioni immediate, sicure e certe. La scuola è una delle agenzie educative più importanti, le famiglie di oggi hanno difficoltà nell'adempiere al loro ruolo, poiché *“i ragazzi sono sempre più complessi, i rischi sono sempre troppi e ci sfuggono di mano. Noi come insegnanti dobbiamo occuparci di didattica e di educazione, le ore a disposizione sono poche e cerchiamo di integrare le comunicazioni sulle salute con Progetti esterni, come dell'azienda sanitaria, ma forse non basta.”*

Dunque loro sarebbero favorevoli ad una progettazione per una salute 2.0, rendendosi conto però di come servano sicuramente finanziamenti e tempo per capire come fare, affinché gli interventi siano sia efficaci che efficienti.

Un atteggiamento differente è stato invece quello riscontrato dall'Educatrice del Servizio Educativo Domiciliare (SED), di un comune sempre del territorio della Bassa Padovana. Alla proposta della prevenzione 2.0 la professionista è rimasta sorpresa. Questo perché come lei dichiara *“non saprebbe come potrebbe funzionare, non avendo*

un'azione diretta nei comportamenti degli adolescenti e quindi non incidendo direttamente nei fattori protettivi e nelle life skills.” Aggiunge però una proposta pratica molto interessante, che vale la pena riportare interamente.

Infatti, nel caso in cui si volesse pensare ad un progetto di questo tipo, l'educatrice consiglia di creare e pubblicare informazioni e notizie molto rapide soprattutto se l'adolescente si trovasse in una determinata situazione di rischio e non sapesse cosa fare. Questo perché: *“dalla mia esperienza professionale ho notato come i ragazzi e le ragazze nelle vere situazioni e momenti di emergenza, in cui bisogna intervenire tempestivamente, non sanno cosa fare. Ad esempio, spesso sono stata inviata dall'assistente sociale per sostenere e accompagnare ragazzine seguite dal servizio che non sapessero come fare per procurarsi la pillola del giorno dopo.”* In questo caso, argomenta l'educatrice, si potrebbe pubblicare spesso sui social un decalogo con indicazioni, indirizzi, numeri di telefono utili su cosa fare e come fare in determinate situazioni. Condividendo inoltre anche un breve elenco delle farmacie di turno del distretto ad esempio nel caso della pillola del giorno dopo. Oppure, racconta di come un ragazzino che seguisse, le avesse raccontato di essere stato ad una festa con amici e che uno degli stessi ragazzi si fosse sentito male (per aver assunto sostanze) e di come gli stessi coetanei non avessero idea di cosa fare, chi chiamare e come intervenire. Forse questo, secondo l'educatrice, sarebbe utile: informazioni, notizie e brevi spiegazioni su come agire in situazioni di elevato rischio.

In conclusione all'intervista aggiunge come sia necessario che una progettualità di questo tipo sia attuata da agenzie educative che siano anticipatamente riconosciute come valide per i ragazzi, dunque il comune di appartenenza, la scuola o i servizi sanitari.

4.3 La Prevenzione e Promozione 2.0 della salute sessuale

Dunque, quali sono le concrete possibilità di azione nella Rete 2.0 per programmi di prevenzione e di promozione della salute sessuale?

Di seguito, verrà proposto un approccio alla prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti che Pier Cesare Rivoltella ha integrato con le opportunità offerte dai nuovi media. Tale modello è infatti applicabile a tutti i mezzi di ultima generazione digitale come Facebook, Twitter, i Blog, le Community ed infine le App di cui si parlerà subito dopo, proponendo alcuni esempi di progettazione istituzionale.

Questa precisazione sulle effettive possibilità di azione in quanto, ci si rende conto di come vi sia una corrispondenza tra la complessità di questi stessi strumenti e le caratteristiche del contesto in cui si intende intervenire: mutevole e eterogeneo. Per questo motivo, come precisato da esperti di Marketing sociale,⁹⁸ per ottenere buoni risultati nella modifica dei comportamenti e nella promozione di opinioni ed idee è necessario che vi sia un orientamento al consumatore di salute. Questo non significa non considerare l'unicità delle persone e la globalità dei loro bisogni, ma sta ad indicare la condizione di considerare il destinatario adolescente tenendo conto del "dove", del "quando" e del "come" produrre comunicazione. Per gli operatori socio-sanitari la similitudine del lavoro di strada forse è quella che più li aiuta ad avvicinarsi a questo approccio e metodo.

Parlare di media "come luogo" e "come ponte" per un'educazione sessuale digitale, significa che si può usufruire degli stessi a più livelli. L'azienda socio-sanitaria, i servizi sociali, la scuola e/o le associazioni possono essere infatti presenti nei social network o nelle app con diverse funzioni e ruoli, come di:

- presidio e di trasmissione di progetti e iniziative promosse dallo stesso servizio attraverso l'utilizzo di messaggi testuali, immagini, video e *links* facendone pubblicità e richiedendo un feedback ai propri utenti;
- partecipazione ed interazione con gli adolescenti, rispondendo ai commenti pubblici e proponendo attività pratiche o specifici progetti, quiz e concorsi;
- ascolto ed accoglienza rispetto alle domande che hanno da porre gli stessi ragazzi, con una attività di *counselling* digitale.

Questo è possibile poiché ogni social network e app propone proprie peculiarità, potendo scegliere quale strumento risponda maggiormente alle intenzioni dell'istituzione. Tuttavia, gli esperti sconsigliano di affezionarsi ad un singolo canale specifico solo perché si sa come utilizzarlo, poiché ogni mezzo arricchisce di possibilità la comunicazione.

⁹⁸ Informazioni ottenute attraverso una breve intervista qualitativa ad esperti nel settore dell'informatica e del web.

4.3.1 *Media&Peer Education*

Da quanto argomentato fino ad ora, per il livello di coinvolgimento tra i pari rispetto ad un interesse condiviso, elemento possibile con i social network, viene semplice il rimando a precise tecniche di prevenzione partecipata utilizzate specificatamente per i comportamenti sessuali a rischio.

Ci si riferisce agli interventi di *Peer Education*, citati anche precedentemente da Pier Cesare Rivoltella e Gianmaria Ottorini nelle indicazioni per approcci efficaci. Ma come la *Peer Education* può combinarsi con i nuovi media? Lo si cercherà di argomentare.

La *Peer Education*, d'ora in avanti PE, vede il suo sviluppo legato a questioni sanitarie collocandosi a cavallo tra le tecniche di prevenzione dei comportamenti a rischio e le pratiche di cittadinanza attiva. Infatti i primi spunti dell'attuale PE risalgono alle risposte suscitate dal diffondersi della sindrome dell'AIDS, in particolare a partire dalla comunità gay di San Francisco. In quanto, il forte giudizio morale sui malati e le politiche degli anni Ottanta, avevano prodotto il diffuso disimpiego dello Stato verso questo fenomeno, ritenuto quasi esclusivamente una sintomatologia legata alla comunità omosessuale maschile. Da questa situazione, vi è stata la necessità di produrre una risposta dal basso, a partire dai gruppi maggiormente organizzati, sviluppando molte iniziative proprio con i fini di contrastare il pregiudizio del virus dell'HIV e dei gay sieropositivi. Un ruolo importante a questo obiettivo è proprio stato svolto dai gruppi di auto-aiuto tra stessi infetti e/o malati che sono risultati nel lungo periodo estremamente efficaci, proprio attraverso “*la similitudine esperienziale come ingrediente fortificante delle relazioni di aiuto*”,⁹⁹ aspetto rilevante. Nel frattempo, la comunità di San Francisco ha cominciato a produrre e autogestire campagne di informazione e prevenzione, nate dal basso e per questo rispondenti in modo puntuale ai bisogni della comunità. La diffusione nell'utilizzo di questo approccio lo ha portato ad una nuova denominazione, quella di *Peer Education*.

Negli anni Novanta anche in Italia la PE si codifica come prassi scolastica con carattere informativo e con riferimenti alle *life skills* ed agli approcci di Albert Bandura, già affrontati in questa sede, incrementando le conoscenze ed il cambio di atteggiamento nei confronti dell'HIV/AIDS. Questi modelli mettono infatti in evidenza il

⁹⁹ Ottorini G. e Rivoltella P. C. (2014), *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano, pg. 109.

riconoscimento della abilità comunicative tra pari, nel contesto del gruppo degli adolescenti, agendo con massima disinvoltura di quanto non farebbe un adulto esperto.

Infatti la letteratura, conferma come gli adolescenti spesso si rivolgano ad amici ed ai compagni per ottenere informazioni e consigli anche in ambito sessuale, grazie all'intensità e alla frequenza delle interazioni, esercitando in questo modo una fortissima influenza sul comportamento individuale. Come membri interni del gruppo, i *peer*, possono infatti instaurare più facilmente una relazione con i loro coetanei caratterizzata da fiducia ed intimità, permettendo un miglior lavoro contrassegnato da una superiore apertura al dialogo soprattutto nei temi sensibili.

L'aspetto positivo è quindi che i giovani educatori vengono percepiti dai loro coetanei come più credibili degli adulti e l'intervento può essere più facilmente percepito come una serie di consigli.

Tutto questo perché gli obiettivi della PE si articolano in un duplice livello: informazione e sollecitazione rispetto alla prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza, mirando ad innalzare i fattori protettivi verso questi fenomeni; ed un obiettivo a lungo periodo, che prevede l'attivazione dell'*empowerment*, come risorsa della società.

Dunque il target di riferimento della PE è connesso agli obiettivi, vale a dire gli adolescenti, come il reclutamento degli stessi *peer*. Questi ultimi infatti, vengono selezionati secondo precisi criteri¹⁰⁰ per poi essere debitamente formati con l'attenzione sia volta al ruolo di leader nel gruppo sia agli obiettivi di intervento, dunque una formazione comunicativo-relazionale e cognitiva rispetto alle informazioni e conoscenze. Il *setting* dell'intervento infine si individua nei luoghi in cui gli stessi ragazzi si ritrovano e frequentano abitualmente.¹⁰¹ Dunque anche la Rete web.

La PE si inserisce come ulteriore approccio di riferimento alla tematica poiché, grazie alle possibilità dei media digitali, i *peer* possono essere presenti sul web, nei social

¹⁰⁰ La selezione può avvenire da parte dell'adulto in base alla valutazione delle competenze cognitive e relazionali. Oppure da parte dei coetanei considerando dunque il ruolo di leader che verrà ad assumere il nuovo *peer* nel gruppo dei pari ed infine per autoselezione, ovvero tutti quelli che accettano. Ottorini G. e Rivoltella P. C. (2014), *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano.

¹⁰¹ È da precisare come il ruolo dell'adulto non scompaia, ma cambia solo posto all'interno dell'intero percorso. Infatti secondo il modello classico di *Peer Education* è la rete territoriale che sorregge i progetti sul piano istituzionale, professionale ed economico. Ottorini G. e Rivoltella P. C. (2014), *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano.

network o nelle app con obiettivi di prevenzione e promozione di comportamenti consapevoli, attivando percorsi di confronto e di sostegno on-line e personale con i ragazzi, inserendosi nelle dinamiche educative. Per questo si parla di una *Media&Peer Education*, una *peer education* digitale che si propone come figura “a specchio”, attraverso l’attività di *counselling* on-line e a “ponte” tra i ragazzi e i servizi. Questa è un’opportunità, forse la più complessa e rischiosa per un’istituzione che non ha mai usufruito dei media digitali. Infatti, vi sono altre modalità di presenziare nel web intervenendo nei comportamenti a rischio.

4.3.2 Facebook e Twitter

Ragionando sul formato facebook come strumento e mezzo di prevenzione, si vede come il social permetta la contemporanea presenza di due formati simili: il profilo e la pagina. Il profilo nasce come spazio di racconto di una persona, un soggetto ed un singolo ed è personale, vale a dire legato ai propri interessi e ambiti di vita. La pagina invece, nasce per rappresentare un gruppo, una realtà per questo motivo è pubblica, in modo da poter raggiungere tutti i potenziali clienti o fruitori del servizio, per questo deve essere gestita da un team di persone, a volte professionisti del social media marketing. A livello di formato, entrambi beneficiano della presenza di più codici: messaggi testuali, immagini, video brevi, messaggistica privata, chat, link, siti, blog, portali e community, che in linguaggio tecnico si definisce “crossmedialità”.

Come usare Facebook per comunicare in materie di Prevenzione alle condotte sessuali a rischio? Innanzitutto bisogna focalizzarsi nel singolo Servizio o Progetto, definirlo in modo chiaro e circoscritto con delle attività concrete e definite, in quanto non è l’associazione o l’azienda sanitaria che deve apparire ma i promotori ed i beneficiari del progetto stesso. Inoltre è necessario interagire con gli utenti, rispondendo ai commenti pubblici scritti. Infatti, non basta creare una pagina su facebook, poiché “*se si è sui social bisogna essere sempre presenti.*”¹⁰² Per questo motivo è necessario pubblicare contenuti almeno una volta alla settimana, solitamente nella prima parte della mattinata oppure dopo le ore 17.00-18.00, in modo che i visitatori vedano costantemente qualcosa di nuovo.

¹⁰² Elementi emersi durante una breve intervista qualitativa condotta ad un esperto di social marketing e web design.

I contenuti pubblicati potrebbero variare da brevi notizie in merito all'uso della contraccezione, ad esempio costo e tipologie di preservativi con l'utilizzo di immagini e di *links* utili per un successivo approfondimento da parte dell'utente; oppure video di brevi testimonianze di sieropositivi che si rivolgono agli stessi giovani. Si può affermare che i contenuti testuali e multimediali da pubblicare sono molteplici e potrebbero farli gli stessi *peer*, l'importante è ricordarsi di come la modalità debba essere concisa, diretta e sintetica perché si sta parlando con gli adolescenti nel loro mondo e contesto. I contenuti infatti, possono variare con finalità di prevenzione primaria, secondarie e terziaria, l'importante è esserci costantemente, anche pubblicando delle iniziative pratiche.

Twitter è un altro social network molto popolare. Il suo formato deve la particolarità ai 140 caratteri a disposizione in ogni tweet (messaggio testuale) e all'*hashtag* ovvero l'etichetta (tag) che si può inserire nel post per rintracciarlo. Tuttavia è vero che oggi gli *hashtag* ci sono anche in Facebook e in Instagram, altro social in cui però si creano, pubblicano e condividono solo immagini e foto. In Twitter oltre ai testi è possibile includere fotografie, link e video che compaiono sotto al tweet.

È interessante questo formato per la possibilità di fare *advocacy* in una vetrina social molto più formale, oltre a identificare un'occasione di aggiornamento e formazione, seguendo i profili maggiormente interessanti, senza il vincolo della reciprocità. In quanto si può seguire senza dover essere necessariamente seguito, ovvero *following* (chi seguo) e *follower* (chi mi segue) non obbligatoriamente coincidono, come in Facebook. Twitter infatti, potrebbe essere un canale maggiormente idoneo alla costruzione di partnership o collaborazione con altri attori istituzionali.

Rispetto ad esempi pratici sull'utilizzo di questi canali nella prevenzione alle MST e quindi in una nuova educazione sessuale digitale, si riporta l'esperienza dell'Associazione Contro Viola. Essa ha promosso per l'anno 2013 un contest fotografico dal titolo: "*Un click contro l'Aids*", con l'intento di avvicinare i giovani al tema della promozione della salute attraverso l'espressione artistica. L'obiettivo specifico corrispondeva infatti a sviluppare una sessualità consapevole attraverso fotografie ed immagini atte a contrastare i pregiudizi sul virus dell'HIV. Il concorso è stato aperto ai giovani tra i 16 e i 30 anni e consisteva nella costruzione di una foto o *selfie* rappresentante le emozioni ed i vissuti dei giovani in tema di prevenzione. I

tredici scatti migliori sono stati selezionati da una giuria tecnica e votata attraverso i *like* di Facebook e Twitter, per poi essere raccolti in un calendario e distribuiti gratuitamente nelle scuole superiori, nei servizi socio-sanitari e negli ambulatori medici.

Dunque, in questa specifica tipologia di social network si può intervenire innescando processi che dal virtuale si realizzano nel mondo reale, o che riguardano la diffusione istantanea di messaggi testuali e multimediale oppure infine, si può prevedere un'interazione diretta con l'utente o con altri attori istituzionali attraverso l'utilizzo di messaggi privati e di *counselling* on-line.

4.3.4 I Blog e le Community

Pur essendo diversi Blog e Community si assomigliano. Si tratta di aree di conversazione e confronto online caratterizzate dall'essenza di prossimità fisica come condizione di interazione e dalla possibilità di partecipare con i propri pensieri, consigli e contributi. Nel caso delle Community tramite forum, newsgroup, chat ed e-mail, nel caso del Blog mediante una catena organizzata di messaggi testuali, video e foto.

Nel blog e nelle community dunque ci si confronta trattando argomenti più disparati e incontrando persone che vogliono affermare un'idea o che sono accomunate da un percorso formativo, un interesse scientifico, un'esperienza, una passione. I blog sono sempre legati ad un tema e non sono necessariamente associati alla dimensione del gruppo.

I Servizi e i *peer*, in questo caso, possono essere presenti per commentare una nuova cultura della prevenzione o lasciarne una traccia interagendo con gli altri appartenenti al gruppo. Ad esempio, l'Associazione Anlaids Lombardia, ha creato on-line un forum in cui giovani e adulti possono richiedere informazioni o fare domande, in tutta privacy e riservatezza, al Dottore Francesco Baldasso, specializzato in malattie infettive. L'esperto risponde in poche ore, potendo instaurare una conversazione che si basa sullo scambio di esperienze e consigli medici principalmente intorno all'HIV/AIDS. Le risposte sono chiare, brevi e concise, come una volta lo stesso dottore ha ribadito ad un suo interlocutore, in modo da evitare fraintendimenti o diverse interpretazioni.

4.3.5 Le App

Come già trattato le App sono applicazioni che consentono di svolgere operazioni sui dispositivi mobili, smartphone e tablet. Le caratteristiche del formato sono legate ad alcune parole chiave come: la semplicità (poiché le procedure di utilizzo non sono complicate), piacevolezza (nella grafica e nel design), identità social (anche se non troppo marcata) ed infine usabilità. Le App dunque, permettono di attuare operazioni del proprio cellulare garantendone la presenza costante, con la comodità di utilizzare servizi evitando ad esempio la navigazione sul sito.

A questo proposito, rispetto la prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti sono stati programmate diverse applicazioni. Anlaid Lombardia si è infatti attivata anche in questo canale realizzando l'App "Smart Sex", come progetto che si inserisce all'interno del piano di prevenzione dell'Asl di Milano 2013-2015 e in vista dell'Expo 2015. L'applicazione, disponibile su smartphone e tablet, fornisce consigli e informazioni sulla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale ed individua o geolocalizza i centri più vicini in cui è possibile fare il test dell'HIV, oltre che avere indicazioni su come raggiungerli. L'app dunque, è scaricabile gratuitamente e ha lo scopo di responsabilizzare le persone nella fascia 19-40 anni.

Un'ulteriore progetto in cui vengono utilizzate le opportunità offerte dall'*application software* è quello riportato sempre da Contorno Viola. "Newspace" è un'applicazione che permette di contattare in forma privata e riservata gli operatori dei servizi pubblici per informazioni qualificate in forma del tutto privata e riservata rispetto alle MST. Essa è suddivisa in cinque sezioni. La prima, propone la descrizione del progetto Newspace e dei suoi obiettivi; nell'area "Community" invece, si indicano i contatti facebook dove sono attivi i *peer educator* e gli operatori dei servizi socio-sanitari. Una terza area è denominata "Quiz", in cui si può valutare il proprio livello di conoscenza sul tema del rischio. "Scrivi a Newspace" con la presenza di un link tramite il quale è possibile contattare, in forma sempre privata e riservata, gli operatori dei servizi-sociali per dubbi ed informazioni con garanzia di risposta entro 24 ore; ed infine la sezione documenti, faq o link video per maggiori informazioni, anche rispetto agli stessi *peer*.

In conclusione vi sono Servizi e Associazioni che si stanno già muovendo nella direzione del web 2.0 nella prevenzione e nella promozione. Da come si è visto i media

possono essere un supporto alla prevenzione, oppure un luogo di prevenzione rispetto a differenti target e azioni. Ogni possibilità deve essere sfruttata adeguatamente per ottenere risultati soddisfacenti. Sicuramente vi sono da evidenziare specifiche criticità a questo approccio ed è quello che verrà argomentato nelle conclusioni di questo lavoro.

CONCLUSIONI

Prevenzione e Adolescenza. Due parole che appartengono al linguaggio corrente di coloro che sono impegnati nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari. Indicano chiaramente le azioni e soprattutto le direzioni del loro operare. Così è iniziato questo lavoro.

Al termine di esso, però, la disamina sul significato dei due termini può essere ulteriormente arricchita. Per *Prevenzione* si intende l'azione intenzionale, motivata e finalizzata a contrastare i fattori di rischio dell'individuo, come Promozione di benessere e della salute e dunque "prevenzione e promozione come appartenenti alla stessa faccia della medaglia". O ancora, Prevenzione come lente di osservazione, come modo di essere e di fare, quale possibilità di costruzione di modelli di riferimento nuovi per i professionisti sanitari, sociali e per la comunità.

L'*Adolescenza*, invece, è individuata come semplice fase di passaggio, in cui vi avvengono specifiche trasformazioni: cognitive, corporee e relazionali. L'adolescente come spettatore consapevole del proprio processo identitario che si esprime anche nella dimensione del rapporto di coppia, della sperimentazione sessuale, come scelta responsabile. Ma che si palesa anche capacità di controllare, comprendere e valutare le conseguenze del proprio comportamento sul piano relazione e riproduttivo, che nella pratica si esprime nel procurarsi ed utilizzare un metodo contraccettivo efficace. In assenza di queste competenze, può accadere che la sessualità si realizzi in condizioni situazionali scadenti, connotandosi come un comportamento a rischio. Rischi piuttosto gravi per il presente ed il futuro dell'adolescente, connessi alla possibilità di incontrare percorsi di genitorialità adolescenziali e di incorrere nelle Malattie a Trasmissione Sessuale.

Da qui la necessità di una Progettazione sociale da parte della Rete dei Servizi del territorio, al fine di incidere sui fattori di rischio sessuali degli adolescenti. Per questo i Progetti "Tra dire e il fare..." e "Cosa ne sai" sono esempi di intervento educativo nei ragazzi di oggi; ma anche sono prova significativa di come gli attuali modelli ed approcci preventivi non appaiano più sufficienti per informare completamente e correttamente gli adolescenti di oggi. Dunque l'idea di pensare ad un'ulteriore, integrante e supplementare metodo di prevenzione, coerente con i giovani attuali.

Ci si riferisce quindi al *web 2.0*, vale a dire un tipo di comunicazione reticolare, collaborativa e dinamica. Grazie al passaggio dal “comunicare a” al “comunicare con” l’utente, il nativo digitale, diviene il cittadino “commentatore” del messaggio, il produttore di comunicazione, e quindi l’attore capace di influenzare i soggetti, innescando dinamiche dal basso.

L’uso dei social media come strumento di Prevenzione e di Promozione della salute sessuale, poiché le stesse caratteristiche del mezzo, medium, lo permettono, rappresenta uno strumento maggiormente appetibile, vicino al mondo giovanile, *friendly*, in grado di essere il luogo di propagazione di informazioni “sane”, di incontro virtuale, di coinvolgimento di soggetti altrimenti difficilmente raggiungibili. Tutto questo grazie alle caratteristiche di gratuità, ubiquità, partecipazione attiva, coinvolgimento, scambio di esperienze e condivisione di saperi e di emozioni che appartengono al *web 2.0*. Questa è la ragione che sta alla base dell’idea di una Rete social “sana”, capace di informazioni complete e sicure rivolte agli adolescenti e alla loro sessualità.

Sicché, è stato chiesto alla Rete territoriale di integrare l’attuale prevenzione con ulteriore *setting* preventivo, grazie ed attraverso i vecchi ma soprattutto i nuovi media. Dalle risposte degli attori territoriali, si percepisce come abbiano da qualche tempo intuito le opportunità e potenzialità delle piattaforme sociali. L’esperienza con i professionisti è stata utile sia per far emergere pregi e difetti dei media digitali, sia per suggerire le modalità più efficaci di utilizzo degli stessi, da parte degli operatori che si occupano di prevenzione rivolta agli adolescenti.

Le interviste qualitative si sono dunque concentrate su tre macro argomenti, vale a dire: cosa i professionisti conoscono del *web 2.0*, quali sono secondo loro i vantaggi e le criticità nel loro utilizzo per le comunicazioni sulla prevenzione sessuale, ed infine se sono consapevoli che le attività nei media come “luogo” e come “ponte” sul sono da integrare in un piano progettuale strategico.

Tutti gli addetti ai lavori intervistati hanno riconosciuto il *web 2.0* come una forma di comunicazione rapida dei contenuti testuali e/o multimediali reali e virtuali, diffusa tra i nativi digitali. Evidenziano inoltre come lo stesso internet possa essere utilizzato scorrettamente, creando dipendenza tra i giovani.

Dalle interviste alla Rete territoriale emerge inoltre la considerazione dei nuovi media come opportunità per raggiungere gli adolescenti, grazie alla popolarità degli stessi

formati ma contemporaneamente, gli operatori, dichiarano di non sentirsi capaci di navigare in queste piattaforme nel modo più efficace ed efficiente. Inoltre, tra gli aspetti negativi, emerge il mancato supporto da parte degli Enti nell'incentivare l'utilizzo del web 2.0 nei suoi dipendenti e collaboratori, poiché risulterebbe necessario investire in risorse umane e materiali, dunque un problema di aggiornamento, formazione e soprattutto di finanziamenti. In aggiunta, sostengono come attraverso l'utilizzo di questi strumenti non sia possibile incidere direttamente sulle *life skills* e come non si possa valutarne i risultati raggiunti. A questo proposito, si riconosce come, nonostante i media siano sempre più in espansione, esista poca letteratura relativa nella valutazione dei suoi esiti. Tuttavia, alcune indicazioni a questo proposito sono state individuate, ma variano in base agli obiettivi specifici stabiliti. Infatti ad esempio, i Social Network, (Facebook e Twitter), i Blog, le *Community* e le App possono espletare diverse funzioni, rivestendo anche un ruolo di presidio grazie alla trasmissione di informazioni e/o iniziative, oppure possono incrementare la partecipazione ed interazione con gli utenti in modalità pubblica ed in ultima analisi creano uno spazio di ascolto ed accoglienza privato, un *counselling* digitale. Tuttavia è possibile cogliere alcune indicazioni rispetto al monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti e l'analisi a volte è fornita proprio dagli stessi formati social, poiché è possibile verificare e valutare vari indicatori.

- *L'esposizione*, vale a dire il numero delle volte che un contenuto è stato visualizzato nei social media attraverso le visite, il numero dei commenti, in numero delle volte in cui il video è stato riprodotto e la partecipazione attiva (ad es. quale specifico contenuto è stato visto maggiormente).
- Il *bacino di utenza*, ovvero il numero di persone che sono entrate in contatto, mediante le pagine con "mi piace", il numero di persone che partecipano alle discussioni, le cancellazioni, il numero di iscritti e la viralità (tasso di crescita di *follower* in un preciso periodo di tempo).
- Il *coinvolgimento*, che può essere scarso, medio ed elevato; se il coinvolgimento è scarso è possibile verificarlo grazie al livello di gradimento ("mi piace", "non mi piace"), se invece è medio la verifica può essere effettuata individuando le citazioni, i download, il numero delle volte con cui un post viene condiviso. Infine il coinvolgimento elevato è possibile accertarlo in base ai partecipanti e

alle iniziative al di fuori dei social, agli utenti soddisfatti o a quelli che prendono appuntamento allo stesso Servizio.

Ulteriore criticità alla proposta della Prevenzione 2.0 è da individuarsi nella possibilità che lo stesso utilizzo del web crei delle disuguaglianze tra gli adolescenti. Infatti, non tutti i ragazzi e le ragazze hanno identico accesso ad internet, per quanto diffuso esso sia.

Dunque ciò che è emerso è l'interesse da parte dei Servizi e delle agenzie educative del territorio ad utilizzare anche questi strumenti nella Prevenzione e Promozione della salute sessuale, ma con la necessità di una pianificazione strategica in cui gli strumenti del web 2.0 siano scelti in base agli obiettivi, priorità e destinatari degli interventi.

La Prevenzione ai comportamenti sessuali integrata con i vecchi e nuovi media si profila come un percorso, un obiettivo, che all'interno dello scenario attuale tenta di coniugare le preoccupazioni relative ai rischi di contrarre malattie e gravidanze indesiderate negli adolescenti, e quello di farlo con la partecipazione e condivisione attiva nel loro contesto. Elementi che insieme costituiscono un collante ed un terreno fecondo per percorsi preventivi ed educativi all'altezza delle nuove generazioni.

APPENDICE

Fig. A.2.1 Questionario Progetto “Cosa ne sai”



Università
Ca' Foscari
Venezia

Questionario di ricerca “Cosa ne sai?”

Questo questionario è stato ideato per sondare il livello di conoscenza sul problema HIV/AIDS e delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) tra gli adolescenti. Il progetto è finanziato dal Ministero della Sanità ed è condotto dall'Università Ca' Foscari di Venezia.

Lo scopo principale della ricerca è di fornire indicazioni per interventi finalizzati a contenere il preoccupante fenomeno delle nuove infezioni nella popolazione giovanile.

Il questionario è assolutamente anonimo e i dati saranno analizzati solo in forma aggregata.

Per favore barra con una X la lettera della risposta che hai scelto. A ogni domanda deve essere data **una sola risposta**.

In caso di errore cerchia la X messa nel posto sbagliato e risegna con una X la risposta giusta.

1- Secondo te chi dà maggiori informazioni sull'HIV e sulle MST:

- a) la TV
- b) i giornali, le riviste
- c) Internet
- d) la scuola
- e) la famiglia
- f) il medico di famiglia
- g) gli amici
- h) non so

2- Pensi che l'informazione che hai ricevuto sull'AIDS sia:

- a) nulla
- b) insufficiente
- c) buona
- d) ottima
- e) non so

3- Da quale fonte preferiresti avere maggiori informazioni su HIV/AIDS?

- a) la TV
- b) i giornali, le riviste
- c) Internet
- d) la scuola
- e) il mio medico
- f) la famiglia

- g) gli amici
- h) non so

4- Che differenza c'è tra l'HIV e l'AIDS?

- a) HIV è il nome scientifico della malattia, AIDS è il nome del virus
- b) non c'è alcuna differenza, sono due diversi modi di chiamare la malattia
- c) l'HIV è il virus che provoca l'AIDS
- d) non so

5- Oltre che con il sangue il virus si può trasmettere con:

- a) saliva, sudore, liquidi seminali e sperma
- b) solo sperma e saliva
- c) sperma, liquidi seminali maschili e femminili
- d) non so

6- Quale dei seguenti rapporti non protetti è più rischioso per la trasmissione del virus?

- a) rapporto orale con eiaculazione
- b) rapporto vaginale
- c) rapporto anale
- d) in tutti i rapporti sessuali il rischio è il medesimo
- e) non so

7- L'HIV si può trasmettere:

- a) facendo sesso tra uomini
- b) facendo sesso eterosessuale e omosessuale
- c) con baci e qualsiasi contatto fisico profondo
- d) con qualsiasi contatto fisico profondo
- e) convivendo con una persona sieropositiva
- f) non so

8- L'AIDS è:

- a) un problema che riguarda soprattutto i tossicodipendenti
- b) un problema che riguarda soprattutto gli omosessuali
- c) un problema che riguarda soprattutto chi conduce una vita ai margini
- d) un problema che riguarda tutti
- e) non so

9- Se scoprissi di essere sieropositivo/a:

- a) non lo direi a nessuno
- b) lo direi solo al/la mio/a migliore amico/a
- c) lo direi solo al/la mio/a partner
- d) lo direi solo ai miei familiari
- e) non avrei problemi a dirlo a tutti
- f) non uscirei più di casa per la vergogna
- g) non uscirei più di casa per paura di infettare qualcuno
- h) non so

10- Una persona sieropositiva:

- a) si può immediatamente riconoscere perché è magra e sciupata
- b) è difficile da riconoscere perché ha pochi sintomi evidenti
- c) solo un medico è in grado di capirlo osservandola
- d) è riconoscibile solo se si conoscono elementi della sua vita (tossicodipendente, omosessuale, ecc)
- e) si riconosce solo al momento del rapporto sessuale per segni nella parte genitale
- f) non è affatto riconoscibile
- g) non so

11- Una persona sieropositiva:

- a) è in tutti i casi malata di AIDS
- b) ha nel sangue gli anticorpi contro il virus
- c) è un portatore sano di AIDS
- d) è una persona con comportamenti a rischio
- e) non so

12- Per evitare il contagio bisogna:

- a) evitare rapporti sessuali con persone che non si conoscono
- b) avere rapporti solo con persone sane e pulite
- c) avere rapporti sessuali assumendo la pillola anticoncezionale
- d) evitare rapporti con omosessuali
- e) evitare l'eiaculazione avendo un rapporto sessuale penetrativo
- f) usare il profilattico avendo un rapporto sessuale penetrativo
- g) non so

13- Quale delle seguenti affermazioni pensi sia vera?

- a) dall'AIDS si può guarire, basta curarsi bene
- b) l'AIDS si cura ma non si può guarire
- c) di AIDS si muore e non c'è cura
- d) di AIDS si muore se si conduce una vita sregolata
- e) l'AIDS non è più un problema purché si prenda il vaccino
- f) non so

14- Oltre al profilattico, quali altri metodi di prevenzione dell'AIDS e delle altre Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) usi/useresti?

- a) astinenza sessuale
- b) coito interrotto
- c) pillola
- d) spirale
- e) solo pratiche sessuali non penetrative
- f) non so

15- Usare il profilattico:

- a) costa troppo
- b) toglie gran parte del piacere fisico
- c) serve a poco, spesso si rompe

- d) è l'unico modo di proteggersi
- e) non so

16- Hai mai conosciuto una persona sieropositiva?

- a) sì, una
- b) più di una
- c) no di certo
- d) non credo
- e) può darsi ma non lo so

17- E' possibile contrarre l'infezione durante un solo rapporto sessuale non protetto?

- a) no
- b) solo se si è già indeboliti da qualche malattia
- c) solo se si è tossicodipendenti
- d) è quasi impossibile
- e) teoricamente sì ma non è mai successo
- f) sì
- g) non so

18- Il rapporto orale presenta il rischio d'infezione?

- a) no
- b) teoricamente sì ma è quasi impossibile
- c) sì, soprattutto se lo sperma entra in contatto con le mucose orali
- d) sì ed è la pratica più rischiosa
- e) non so

19- Una persona sieropositiva avendo rapporti sessuali non protetti può sempre infettare il partner?

- a) no, solo quando entra nella fase di AIDS conclamato
- b) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- c) no se è un portatore sano
- d) sì
- e) non so

20- Una persona sieropositiva corre il rischio di infettare gli amici o i conoscenti nel quotidiano?

- a) sì
- b) no
- c) sì, ma solo quando entra nella fase di AIDS conclamato
- d) nei primi anni no, solo quando la malattia avanza
- e) sì ma solo se è un portatore sano
- f) no se sta attenta a evitare baci o contatti troppo stretti
- g) non so

21- Il "periodo finestra" è l'intervallo di tempo che passa:

- a) tra il contagio e la comparsa degli anticorpi contro l'HIV nel sangue
- b) tra quando ci si infetta e quando si comincia a poter trasmettere la malattia

- c) tra quando ci si infetta e quando si comincia a stare male
- d) tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia guarisce
- e) tra quando ci si comincia a curare e quando la malattia comincia a regredire
- f) non so

22 – Il virus HIV fuori dall'organismo umano:

- a) vive molto a lungo e resiste quasi a tutti i normali disinfettanti
- b) vive molto a lungo ma si debella facilmente
- c) vive solo pochi giorni ma è difficile da eliminare
- d) è un virus poco resistente, esposto all'aria aperta muore rapidamente
- e) non so

23- Il periodo d'incubazione, cioè il tempo tra il contagio e le manifestazioni evidenti della malattia:

- a) dura circa 3 mesi
- b) è molto variabile da persona a persona, da pochi giorni a 4/5 mesi
- c) è molto variabile da persona a persona, dura in media diversi anni
- d) dipende se si è maschi o femmine
- e) non so

24- Quali situazioni sono a rischio d'infezione se si vive con una persona sieropositiva?

- a) solo bere dallo stesso bicchiere, o mangiare dallo stesso piatto
- b) bere dallo stesso bicchiere, mangiare dallo stesso piatto, scambiarsi asciugamani usati
- c) solo usare gli stessi servizi igienici
- d) maneggiare qualsiasi oggetto toccato da una persona sieropositiva e poi mettersi le mani in bocca
- e) stare vicino a una persona sieropositiva quando è raffreddata o tossisce
- f) non bisogna esagerare con le paure, il rischio di contagio è sempre piuttosto basso
- g) non esiste nessun pericolo
- h) le palestre e le piscine sono a rischio, per il resto si può stare tranquilli
- i) non so

25- Le zanzare possono trasmettere il virus dell'HIV?

- a) no
- b) ovviamente sì, scambiano sangue tra le persone, ma è raro che succeda
- c) le zanzare europee no, quelle africane sì
- d) solo la zanzara tigre
- e) non so

26- A scuola un ragazzo sieropositivo ha diritto che non si sappia della sua situazione, cosa ne pensi?

- a) è assurdo, mette tutti a rischio
- b) dovrebbe essere vietato tenerlo nascosto
- c) almeno i compagni di classe dovrebbero essere informati
- d) è giusto, così si evitano allarmismi idioti
- e) ognuno deve poter essere libero di comunicare il proprio stato di sieropositività
- f) è inutile tenerlo nascosto, tanto prima o poi comincia a vedersi

27- Il test per l'HIV serve:

- a) a sapere quanto si è geneticamente predisposti ad ammalarsi di AIDS
- b) a sapere se si è contratta l'infezione
- c) a sapere che terapia effettuare
- d) ad avere un'idea di quanto rimane da vivere
- e) non so

28- Dopo un rapporto non protetto, il test per l'HIV va fatto:

- a) appena possibile, dopo 24/48 ore al massimo
- b) entro massimo un mese, poi è inutile farlo
- c) quando si presentano i primi sintomi di malessere
- d) non prima di 6/8 settimane dopo il comportamento a rischio
- e) non prima di due anni dal comportamento a rischio
- f) non so

29- Chi tra queste persone è necessario faccia il test per l'HIV?

- a) chi ha frequentato ambienti omosessuali
- b) chi ha fatto petting con più di un/una partner
- c) chi ha una relazione completa con un/una partner
- d) chi ha tenuto comportamenti a rischio
- e) chi ha compiuto 20 anni
- f) gli immigrati e chi viene da paesi a rischio
- g) chi usa spesso bagni pubblici, piscine o frequenta persone a rischio
- h) non so

30- Secondo te oggi l'attenzione verso la prevenzione dell'AIDS e MST:

- a) è aumentata rispetto a un tempo perché si è più consapevoli dei rischi
- b) è aumentata perché si è più informati
- c) è diminuita perché l'AIDS, grazie alle cure, fa meno paura
- d) è diminuita perché si è capito che non è poi così facile infettarsi
- e) è diminuita perché se ne sa poco
- f) è rimasta uguale, proteggersi è una scelta personale
- g) non so

Eventuali osservazioni

.....

Età: 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19

Genere a) maschio b) femmina

Professione padre: a) Dirigente/quadro b) Libero prof./imprend./artigiano c) impiegato d) operaio
e) non occupato/pensionato

Professione madre: a) Dirigente/quadro b) Libera prof./imprend./artigiana c) impiegata d) operaia
e) non occupata/pensionata

Padre: a) laurea b) Liceo/ist.tecnico c) Ist. prof./scuola dell'obbligo

Madre: a) laurea b) Liceo/ist.tecnico c) Ist. prof./scuola dell'obbligo

Grazie.

Fig. A.2.2 Copertina opuscolo campagna informativa, Ministero della Salute



Fig. A.2.3 Copertina opuscolo campagna informativa, Regione del Veneto



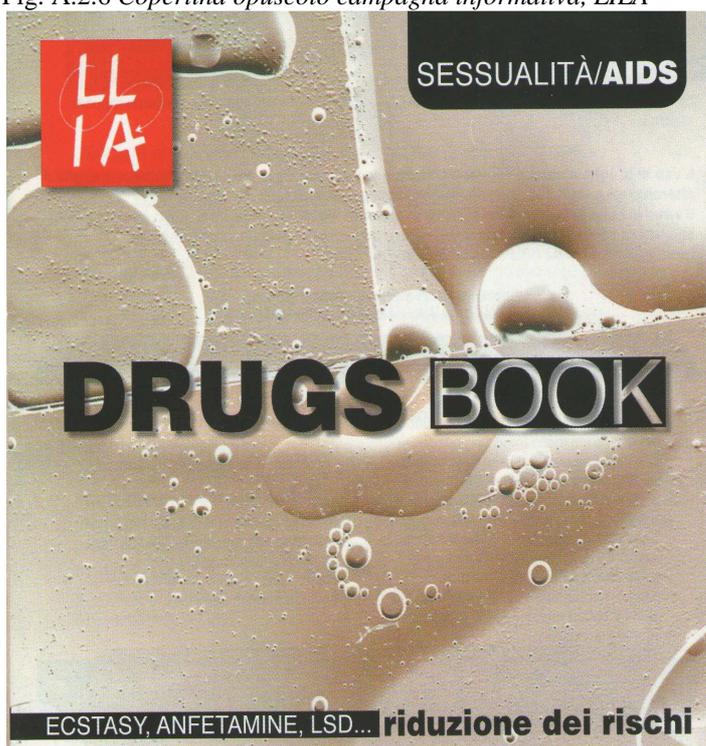
Fig. A.2.4 Copertina opuscolo campagna informativa, Regione del Veneto



Fig. A.2.5 Copertina opuscolo campagna informativa, SIGO



Fig. A.2.6 Copertina opuscolo campagna informativa, LILA



BIBLIOGRAFIA

- Albanesi C. (2005), *I Focus Group*, Carocci editore, Roma.
- Battistella A., *Il concetto di regola, normalità e rischio per i preadolescenti*, “Prospettive Sociali e Sanitarie”, Anno XLIV, n. 3.2 Settembre 2014, pp. 3-8.
- Babbie E. (2010), *Ricerca sociale*, Apodeo education, Milano.
- Bertelli B. (a cura di) (2014), *Servizio sociale e prevenzione*, Franco Angeli, Milano.
- Bissolo G. e Fazzi L. (2012), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti e metodi*, Carocci, Roma.
- Bonino S. e Cattelino E. (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*, Erikson, Trento.
- Bonino S. Cattelino E. e Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Ed. Giunti Editore, Firenze.
- Cappellini Vergara F. (2011), *La promozione del benessere nella famiglia, nella scuola e nei servizi. Dal caso alla rete*, Franco Angeli, Milano.
- Cardano M. (2006), *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Carocci editore, Roma.
- Della Porta D. (2010), *L'intervista qualitativa*, Laterza Editori, Bari.
- Dolto F. (2009), *Adolescenza. Esperienze e proposte per un nuovo dialogo con i giovani tra 10 e i 16 anni*, Mondadori, Milano.
- Folgheraiter F. (2012), *Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di Rete*, Franco Angeli, Milano.
- Fabbrini A. e Melucci A. (2007), *L'età dell'ora. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, Milano.

- Landi P. (2007), *Impigliati nella Rete*, Bombiani, Milano.
- Leone L. e Prezza M. (2012), *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*, Franco Angeli, Milano.
- Misesti P. (2008), *Per una nuova prevenzione*, La meridiana, premesse per il cambiamento sociale, Bari.
- Ottorini G. e Rivoltella P. C. (2014), *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano.
- Pellai A. e Marzorati P. (2007), *Educazione alla salute. Standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, Franco Angeli, Milano.
- Pitch T. (2006), *La società della prevenzione*, Carocci, Roma.
- Riva G. (2014), *Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media*, Mulino, Bologna.
- Rocca L. (2010), *Partecipare in Rete. Nuove pratiche per lo sviluppo locale e la gestione del territorio*, Il Mulino, Bologna.
- Rossi, E. (2013), *Adolescenti, promozione e prevenzione*, Franco Angeli, Milano.
- Toller L. (2011), *“Chi è in chat? Dipendenze da Internet e videogiochi”*, ed. Sovera, Roma.
- Ulss17, Servizio Tossicodipendenze Monselice (1997), *Lavorare per progetti*, Regione del Veneto.
- Zilinati A. M. e Rovai B. (2007), *Assistenti sociali professionisti*, Carroci, Roma.

SITOGRAFIA

Associazione Contorno Viola, <http://www.peer-education.it>

- <http://www.peer-education.it/?page=108>, ultimo accesso 12 Gennaio 2015.

CENSIS, <http://www.censis.it>

- http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=120930, ultimo accesso 16 Gennaio 2015.

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute

- <http://www.dors.it/>, ultimo accesso 23 Gennaio 2015.

Fondazione Pubblicità Progresso, <http://www.pubblicitaprogresso.org/>

- <http://www.pubblicitaprogresso.org/campagne/>, ultimo accesso 23 Gennaio 2015.

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), <http://www.istat.it>

- <http://www.istat.it/it/files/2014/10/InfograficaGiovani1.pdf>, ultimo accesso 13 Dicembre 2014.

Itineraria Teatro, <http://www.itineraria.it>

- <http://www.itineraria.it/spettacoli-dettaglio.php?t=Stupefatto>, ultimo accesso 23 Gennaio 2015.

Ministero della Salute, <http://www.salute.gov.it>

- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=aids.
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale, data ultimo accesso 16 Dicembre 2014.

- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=905&area=Salute%20donna&menu=sessuale, data ultimo accesso 27 Dicembre 2014.
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=198&area=aids&menu=vuoto, ultimo accesso 26 Dicembre 2014.
- <http://www.iss.it/publ/index.php?id=2315&tipo=15&lang=1>, ultimo accesso 2 Gennaio 2015.
- rapporto 2011 pubblicato dall'Istituto Superiore della Sanità, <http://www.iss.it/ccoa/index.php?lang=1&id=2&tipo=5>, ultimo accesso 27 Dicembre 2014.

Regione del Veneto, <http://www.regione.veneto.it>

- <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/la-rete-di-prevenzione-regionale>, 18 Dicembre 2014.

Vincos – Osservatorio Social Media, <http://vincos.it>

- <http://vincos.it/2014/01/16/social-media-nel-mondo/>, ultimo accesso 18 Gennaio 2015.