



REGIONE DEL VENETO



regione del veneto
azienda
ULSS 19



guadagnare
salute
rendere facili le scelte salutari

SFUMIAMO I DUBBI PERCORSI OPERATIVI DI PEER EDUCATION A SCUOLA

MANUALE PER OPERATORI DELLA SANITÀ E DELLA SCUOLA

SFUMIAMO I DUBBI PERCORSI OPERATIVI DI PEER EDUCATION A SCUOLA

MANUALE PER OPERATORI DELLA SANITÀ E DELLA SCUOLA

VENETO **SENZA FUMO**



SFUMIAMO I DUBBI

PERCORSI OPERATIVI DI PEER EDUCATION A SCUOLA

MANUALE PER OPERATORI DELLA SANITÀ E DELLA SCUOLA

Autori: Luca Sbrogiò, Laura Beltrame, Monica Cibin, Martina Di Pieri, Fabrizio Guaita, Alessandro Mantovani, Federica Michieletto, Alberto Perra, Annarosa Pettenò, Michela Possamai, Francesca Russo, Laura Tagliapietra, Mary Elizabeth Tamang.

Il manuale contiene un contributo originale del 2005 del prof. Alberto Pellai - Istituto di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Milano, predisposto per l'avvio del percorso regionale veneto.

Nel testo si trovano i contributi dei dirigenti, docenti, peer e operatori di:

Istituto Tecnico Agrario Statale "A. Trentin" - Lonigo (VI)

IPSSAR "Pellegrino Artusi" - Recoaro Terme (VI)

Istituto IIS "Silvio Ceccato" - Montebelluna (VI)

I.S. Liceo "Leonardo Da Vinci" - Arzignano (VI)

ITC I.S. "Luigi Luzzati" - Valdagno (VI)

Liceo delle Scienze Sociali "A. Martini" - Schio (VI)

ISS "Fabio Besta" - Treviso

Istituto Scolastico Paritario "Giuseppe Mazzini" - Treviso

CFP "Istituto Turazza" - Treviso

ITSCG "8 Marzo" - Mirano (VE)

ITIS "Primo Levi" - Mirano (VE)

Az.ULSS 4 Alto Vicentino

Az.ULSS 5 Ovest Vicentino

Az.ULSS 6 Vicenza

Az.ULSS 9 Treviso

Az. ULSS 13 Mirano

Az.ULSS 19 Adria

Iniziativa editoriale afferente al "Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate-Area 1. Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola" nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione (DGR. 3139/2010).

Direzione Scientifica: Dr. Luca Gino Sbrogiò, Direttore Sanitario Az.ULSS 14 Chioggia, Regione del Veneto

Direzione Regionale Prevenzione, Dirigente Dr.ssa Giovanna Frison

Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, vice Direttore Gianna Marisa Miola, Dirigente Ufficio IV° Dr.ssa Francesca Sabella

Stampa: Tipografia Medici - Adria

Tiratura 1300 copie

ISBN 978-88-901488-7-3

©Direzione Prevenzione - Regione del Veneto.

Venezia, settembre 2013

Tutti i diritti sono riservati.

È possibile riprodurre in toto o in parte il presente manuale purché non a scopo di lucro, citando gli autori e richiedendo preventivamente l'autorizzazione al proprietario dei diritti.

INDICE

Prefazione, Assessore alla Sanità – Regione del Veneto – Luca Coletto
Presentazione, Direzione Prevenzione – Regione del Veneto – Giovanna Frison

CAPITOLO 1

Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola

Francesca Russo, Luca Sbrogiò

- | | | |
|-----|--|----------------|
| 1.1 | Area 1 - Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola | <i>pag. 5</i> |
| 1.2 | Il manuale <i>Sfumiamo i dubbi - Percorsi operativi di peer education a scuola</i> | <i>pag. 12</i> |
| | Bibliografia | <i>pag. 13</i> |
| | Sitografia | |

CAPITOLO 2

Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione

Martina Di Pieri, Alessandro Mantovani, Federica Michieletto

- | | | |
|-----|---|----------------|
| 2.1 | Guadagnare Salute
<i>Martina Di Pieri</i> | <i>pag. 16</i> |
| 2.2 | Epidemiologia del fenomeno fumo di tabacco
<i>Federica Michieletto</i> | <i>pag. 18</i> |
| 2.3 | Tabagismo e giovani
<i>Martina Di Pieri, Alessandro Mantovani</i> | <i>pag. 21</i> |
| 2.4 | La prevenzione del tabagismo negli adolescenti
<i>Martina Di Pieri, Alessandro Mantovani</i> | <i>pag. 28</i> |
| 2.5 | L'era delle sigarette elettroniche
<i>Martina Di Pieri</i> | <i>pag. 30</i> |
| | Bibliografia | <i>pag. 33</i> |
| | Sitografia | <i>pag. 36</i> |

CAPITOLO 3

La promozione della salute e le abilità sociali a scuola

Michela Possamai

- | | | |
|-----|-------------------------------------|----------------|
| 3.1 | Mandato educativo | <i>pag. 39</i> |
| 3.2 | Curricola e promozione della salute | <i>pag. 42</i> |
| 3.3 | Promozione di abilità sociali | <i>pag. 46</i> |
| | Bibliografia | <i>pag. 48</i> |
| | Sitografia | |

CAPITOLO 4

L'applicazione del modello della peer education nel contesto della prevenzione del tabagismo in Veneto: il progetto Sfumiamo i dubbi

Federica Michieletto, Alberto Perra, Annarosa Pettenò, Mary Elizabeth Tamang

- 4.1 Il progetto Sfumiamo i dubbi pag. 50
Annarosa Pettenò, Mary Elizabeth Tamang
- 4.2 Fasi del progetto pag. 56
Annarosa Pettenò, Mary Elizabeth Tamang
- 4.3 La valutazione sul campo di *Sfumiamo i dubbi* pag. 67
Federica Michieletto, Alberto Perra
- Bibliografia pag. 91
Sitografia

Allegato del capitolo 4

pag. 92

La prevenzione dei comportamenti tabacco-correlati

in adolescenza attraverso la metodologia dell'educazione tra pari

Alberto Pellai

CAPITOLO 5

I protagonisti nel contesto regionale si raccontano

- 5.1 Esperienze e testimonianze di Operatori, Dirigenti Scolastici, Docenti, Peer, Genitori... pag. 110
- 5.2 Peer education nei progetti di educazione alimentare e di promozione dell'attività motoria: il progetto "Nutrilandia", l'esperienza dell'Az.ULSS 19 di Adria pag. 123
Laura Beltrame, Monica Cibir
- 5.3 L'educazione tra pari per la prevenzione dell'infezione da HIV e delle altre Infezioni Sessualmente Trasmesse negli Istituti Secondari di secondo grado di 3 Aziende ULSS del Veneto pag. 125
Fabrizio Guaita
- 5.4. Giornata Inter-Peer: peer, docenti ed operatori a confronto. Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute. Villa Cà Dotta di Sarcedo-VI, 1 giugno 2013 pag. 131
Francesca Allegri, Francesco Bettiol, Giorgio Dal Santo, Fabrizio Guaita, Annarosa Pettenò, Fabrizia Polo, Beatrice Roncarati, Giuliano Silvestri, Enzo Storti, Matilde Tomasi

Considerazioni conclusive e prospettive future

pag. 137

Luca Sbrogiò

Elenco Autori

pag. 141

CD ROM - Istruzioni per l'uso

pag. 144

PREFAZIONE

E' con piacere che presento questo manuale frutto di competenze multidisciplinari ed esperienze pluriennali nel campo della prevenzione del tabagismo a scuola e della promozione della salute.

Questo lavoro testimonia l'impegno della Regione del Veneto, fin dagli anni '90, nel campo del contrasto al tabagismo e, negli ultimi anni, nella promozione del programma Guadagnare Salute (DPCM 4 maggio 2007).

Guadagnare Salute indica chiaramente, sulla base dei dati di mortalità e malattia, che dobbiamo orientare i nostri sforzi nel contrastare le malattie croniche degenerative - malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, ecc. - che infliggono enormi sofferenze alle nostre popolazioni e che hanno in comune quattro principali stili di vita non salutari: fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica.

Guadagnare Salute indica altrettanto chiaramente che possiamo efficacemente contrastare tali fattori di rischio adottando un approccio intersettoriale e multi-stakeholder che mira a creare forti alleanze tra la sanità e la scuola, gli enti locali, le aziende e realtà produttive, gli ambienti sportivi, le associazioni di cittadini e di volontariato, ecc. Tale approccio è la chiave per convergere e fare sistema sull'obiettivo comune di promuovere ambienti di vita che facilitano scelte salutari come quella di essere luoghi che promuovono una cultura libera dal fumo.

In questa ottica il presente lavoro è espressione dell'impegno condiviso con l'importante istituzione della scuola, percorso fondamentale per la crescita e la formazione delle nuove generazioni. L'alleanza tra sanità e scuola sottolinea la loro convergenza sull'obiettivo comune che mira alla maturazione di cittadine e di cittadini competenti e responsabili della propria salute e di quella della collettività dove vivono.

Infine, è un piacere presentare questo manuale anche perché la metodologia dell'educazione tra pari, che sta alla base del lavoro educativo proposto, mira ad aumentare il potere dei giovani rispetto all'esercizio dei propri diritti, ma anche doveri, nel modellare ambienti e stili di vita che conducono alla salute e al benessere. Secondo questa ottica, i giovani sono veri protagonisti responsabili del percorso di salute, sono riconosciuti e valorizzati come capitale umano e sociale fondamentale e come cittadini attivi del loro presente e nella costruzione del loro e nostro futuro.

Per tutte queste ragioni, ringrazio sentitamente i numerosi operatori della sanità, come dell'istituzione scolastica, che giorno dopo giorno credono nella sfida educativa che li vede a fianco dei giovani nella promozione di una vita responsabile orientata a stili di vita sani e ad azioni di comunità in favore della salute.

Regione del Veneto
Assessore alla Sanità
Luca Coletto

PRESENTAZIONE

Da oltre vent'anni la Regione del Veneto ha sviluppato un Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate che ha la finalità di ridurre la mortalità, morbosità e disabilità determinate dal consumo di tabacco.

Tale impegno parte dalle considerazioni che il fumo è ancora oggi la prima causa di morte e di malattia del tutto prevedibile e prevenibile, che interessa, secondo quanto rilevano i nostri sistemi permanenti di sorveglianza, quasi un quarto della popolazione veneta.

Il Programma regionale, preso atto che strategie globali di prevenzione e controllo del tabacco adottate in altri Paesi hanno dimostrato di ridurre sostanzialmente il consumo di tabacco, sia tra i giovani che tra i fumatori adulti, si fonda sul riconoscimento che il tabagismo è un fenomeno complesso che necessita di un approccio globale, di tipo integrato e multidisciplinare, sia in ambito preventivo che terapeutico e si sviluppa su tre obiettivi specifici:

- prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani
- aiutare i fumatori a smettere
- proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

Ad ogni obiettivo da raggiungere corrisponde un'area progettuale con azioni specifiche:

- Area 1 – Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola
- Area 2 – Trattamento Tabagismo
- Area 3 – Fumo passivo.

Tali aree di intervento trovano applicazione in relazione agli impegni del SSN derivanti dalla normativa nazionale sul fumo, al contesto organizzativo del SSR, agli aspetti sociali, etici ed educativi nei quali la prevenzione del tabagismo si colloca.

Il Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate è attualmente situato all'interno del Piano Regionale Prevenzione (PRP) Anni 2010-2012 (DGRV. n° 3139/2010) sviluppato secondo le nuove macroaree individuate dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Il PNP è parte integrante del Piano Sanitario Nazionale e affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e prevede che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano. Nel nuovo PNP, e quindi nel PRP del Veneto, ampia rilevanza viene attribuita, in sinergia con il Programma Nazionale "Guadagnare Salute", ad azioni di rete, di coordinamento ed integrazione tra tutti i soggetti, pubblici e privati, che operano o che possono essere interessati alla soluzione di problemi di salute e di promozione di stili di vita sani. Il lavoro di questi anni, presentato in questo manuale, è l'espressione dell'impegno condiviso con l'istituzione scolastica, nel rispetto dei ruoli e dei compiti di ciascuno, cercando i punti di convergenza e di reciproco rinforzo, uniti nell'obiettivo comune di formare nuove generazioni competenti e promotrici di una cultura della salute.

Regione del Veneto
Direzione Prevenzione
Giovanna Frison

Capitolo 1

PREVENZIONE DEL TABAGISMO E PROMOZIONE DELLA SALUTE A SCUOLA

*Francesca Russo
Luca Sbrogiò*

Il fumo di tabacco è ancora uno dei principali fattori di rischio in Italia e in tutto il mondo, si stima che solo in Italia ci siano circa 85.000 decessi all'anno riconducibili al suo consumo oppure alle conseguenze del fumo passivo:

(v.http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=53&area=Vivi_sano).

In Italia e in Europa le malattie croniche, che hanno in comune i principali fattori di rischio legati a stili di vita non salutari (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica), sono responsabili dell'86% dei decessi, del 77% degli anni di vita in salute persi e del 75% dei costi sanitari (Ministero della Salute, 2008).

Attualmente, secondo le rilevazioni ISTAT (2012) la percentuale in Italia di fumatori attivi nella popolazione di 14 anni e oltre è del 22,3% e nel Veneto i fumatori risultano pari al 18,6%. Dal Rapporto HBSC Veneto risulta che fuma abitualmente il 16% dei quindicenni, senza differenze statisticamente significative tra i due sessi. Da sottolineare è la diminuzione negli ultimi anni dei giovani fumatori: i 15enni fumatori passano dal 21,4% nel 2002 al 16% nel 2010 con una flessione statisticamente significativa (Mirandola et al., 2010). La sorveglianza PASSI relativa all'anno 2012 riporta che il 23,5% dei veneti intervistati (27% uomini e 21% donne), tra i 18 e 69 anni, sono fumatori. Nel 2012 tra i 18-24enni fuma il 29% contro il 35% nel 2011 (Regione del Veneto, 2013).

La Regione del Veneto fin dagli anni '90 è impegnata sul fronte della prevenzione del tabagismo (DGR. n. 6314/1991 "Programma regionale di prevenzione del fumo: interventi di disassuefazione nelle ULSS del Veneto") in linea con le indicazioni strategiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), della FCTC (Framework Convention on Tobacco Control), con gli obiettivi fissati dai Piani Nazionali Prevenzione e in sinergia con il Programma Nazionale *Guadagnare Salute*.

L'OMS inserisce quale obiettivo specifico nel documento "Health 21 – Strategia della Salute per tutti nella Regione Europea – 21 obiettivi per il 21 secolo", il Target 12 che riguarda la riduzione dei danni da tabacco, alcol e droghe, che pone l'obiettivo: "Entro l'anno 2015, le conseguenze negative per la salute derivanti dal consumo di sostanze come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovranno subire una riduzione significativa in tutti gli stati membri. In particolare: in tutti i Paesi, la proporzione di non fumatori dovrebbe essere l'80% nella popolazione sopra i 15 anni e zero nella popolazione sotto i 15 anni".

L'OMS promuove nel "Pacchetto MPOWER" un piano composto da sei misure che hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre il consumo di tabacco e, quindi, di poter prevenire milioni di morti premature che potrebbero essere causate dal fumo entro la metà del 21° secolo.

L'approccio proposto porta il nome di MPOWER, dall'acronimo inglese delle sei seguenti strategie di azione:

- **M**onitor tobacco use and prevention policies (monitoraggio del consumo di tabacco e politiche di prevenzione);
- **P**rotect people from tobacco smoke (protezione della popolazione dal fumo);
- **O**ffer help to quit tobacco use (aiuti per smettere di fumare);
- **W**arn about the dangers of tobacco (avvertenze sui pericoli del tabacco);
- **E**nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco);
- **R**aise taxes on tobacco (aumento delle tasse sul tabacco) (WHO, 2009).

Da oltre vent'anni, quindi, la Regione del Veneto, preso atto che strategie globali di prevenzione e controllo del tabacco adottate in altri Paesi hanno dimostrato di ridurre sostanzialmente il consumo di tabacco, sia tra i giovani che tra i fumatori adulti, ha sviluppato un Programma regionale che ha la finalità di ridurre la mortalità, morbosità e disabilità determinate dal consumo di tabacco.

Come già accennato nella Presentazione del manuale, tale finalità si traduce operativamente nei tre obiettivi specifici: prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani, aiutare i fumatori a smettere, proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

Il Programma si sviluppa pertanto su tre aree progettuali atte a controllare e ridurre l'impatto del fumo di tabacco:

Area 1 – Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola

Area 2 – Trattamento Tabagismo

Area 3 – Fumo passivo.

Il Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate è attualmente situato all'interno del Piano Regionale Prevenzione Anni 2010-2012 (DGRV. n° 3139/2010). Si fonda sul riconoscimento che il tabagismo è un fenomeno complesso che necessita, pertanto, di un approccio globale, di tipo integrato e multidisciplinare, sia in ambito preventivo che terapeutico, e di un coordinamento di tutti i soggetti, pubblici e privati, che operano o che possono essere interessati alla soluzione di questo problema secondo l'ottica del Programma nazionale *Guadagnare Salute* (v. paragrafo 2.1).

1.1 Area 1 - Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola

Fin dagli esordi del Programma regionale per la prevenzione delle patologie fumo-correlate la Regione del Veneto ha sviluppato un'area specifica dedicata alla sperimentazione, valutazione, implementazione e coordinamento di programmi di prevenzione del tabagismo a scuola. Tale scelta è determinata da una serie di oramai consolidate ed importanti constatazioni riprese dalla letteratura internazionale. Il fumo di tabacco è dannoso ad ogni età, tuttavia, il rischio di sviluppare una patologia ad esso correlata (pneumologica, cardiovascolare, oncologica, ecc.) è strettamente dipendente dall'età di inizio. Se una persona inizia a fumare all'età di 15 anni ha una probabilità tre volte più alta di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che ha iniziato a fumare all'età di 20 anni (McCarron, 2001). Inoltre, nell'adolescenza il fumo è associato con una maggiore gravità e suscettibilità alle infezioni delle vie respiratorie: ridotta funzione respiratoria e tasso di accrescimento polmonare, maggiore probabilità di attacchi di tosse, di respirazione difficoltosa o rumorosa e di mancanza di respiro in condizioni di riposo, ridotta attività fisica. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i fumatori che iniziano a fumare in giovane età e continuano a farlo regolarmente hanno il 50% di probabilità di morire a causa del tabacco.

Se le persone non iniziano a fumare durante l'adolescenza, hanno una bassa probabilità di diventare un fumatore regolare in età adulta (Paavola et al., 1996); esiste una forte correlazione tra l'età di iniziazione al fumo e la probabilità di diventare un forte fumatore regolare (Conrad et al., 1992); la dipendenza aumenta con l'età; un alto grado di assuefazione si instaura solo dopo alcuni anni dall'iniziazione al fumo (Pacifici et al., 2003) e quindi prima si inizia a fumare e prima si instaura l'abitudine strutturata al fumo.

A fronte di tali evidenze, le ricerche svolte negli ultimi anni suggeriscono che in molti Paesi, Italia compresa, tra i giovani e giovanissimi l'abitudine di fumare è ampiamente diffusa e l'iniziazione avviene sempre più precocemente (v. cap. 2, paragrafo 2.2).

Date tali considerazioni risulta evidente l'importanza di agire quanto più precocemente possibile al fine di prevenire o ritardare l'iniziazione al fumo tra i giovani e giovanissimi ed il passaggio dalla sperimentazione al fumo abituale. La scuola è il luogo in cui avviene una parte considerevole dell'educazione e formazione delle nuove generazioni e per questo viene riconosciuta come luogo privilegiato per promuovere una cultura del benessere. Esiste ormai sufficiente evidenza, derivata dalla ricerca valutativa, che l'efficacia degli interventi educativi cresce proporzionalmente all'intensità e alla durata che li contraddistinguono. Inoltre, si è visto che i programmi di prevenzione divengono più efficaci all'interno di curricula multicomprendivi di educazione alla salute. Infine, l'ottimizzazione dell'efficacia di tali interventi viene raggiunta quando gli stessi sono integrati da contemporanei programmi comunitari che cercano di promuovere un ruolo attivo delle famiglie e di tutte le altre agenzie sociali che gravitano intorno all'universo dei ragazzi. La scuola rappresenta dunque un partner indispensabile per interventi con i ragazzi e giovani di promozione della salute e di prevenzione di stili di vita non sani, come lo è il fumare. In particolar modo, negli ultimi anni si è diffusa la certezza che si può e si deve lavorare rafforzando le abilità sociali o life skills e le competenze chiave per l'apprendimento permanente (v. cap. 3).

Già l'OMS nel 1993 in "Life skills education in schools" afferma che le abilità sociali "Sono l'insieme di abilità personali e relazionali che servono per governare i rapporti con il resto del mondo e per affrontare positivamente la vita quotidiana", "competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità", abilità e competenze "che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali skills socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress" (Marmocchi P., et al., 2004).

L'importanza di iniziare, infatti, già nella scuola dell'infanzia a parlare di salute e di scelte di vita sane, è ormai consolidata e parte da due riflessioni che sono state raggiunte dopo molteplici progetti di prevenzione aventi per target i giovani: da una parte, nella fase adolescenziale, il fumo di tabacco è già un comportamento strutturato, quindi è più difficile andare a lavorare sul cambiamento di un comportamento, rispetto a fare in modo che quel comportamento non si formi, andando ad agire sugli atteggiamenti ed opinioni che sono alla base di quella scelta; dall'altra parte, quindi, si sceglie di agire sulle abilità sociali e comportamentali che vengono indicate nella letteratura internazionale come fattori protettivi per eccellenza rispetto ai comportamenti a rischio in generale. Si pensa così che, lavorando in anticipo su questi elementi, si possa migliorare la capacità di proteggersi da eventuali comportamenti a rischio ai quali si potrà essere esposti.

In accordo, con questa tesi si aggiunge anche una guida pubblicata nel 2003 dal NIDA (National Institute on Drug Abuse), sulla prevenzione dell'uso di sostanze nei bambini ed adolescenti, dove si prendono in considerazione i fattori di rischio e quelli protettivi specifici per ciascuna età, e si passano in rassegna alcuni dei programmi di prevenzione che vengono considerati efficaci.

Anche qui si legge chiaramente che i comportamenti ed atteggiamenti appresi nell'infanzia con l'adolescenza sono già completamente strutturati e sono di difficile cambiamento. Si ribadisce la necessità di interventi ad ampio raggio, visto che l'utilizzo di più interventi sulla stessa problematica proposti a diversi target aumentano la loro efficacia (agire a livello comunitario: scuola, famiglia e comunità).

È doveroso pensare, quindi, come si legge in Zani e Cicognani, in un'ottica di promozione della salute ossia di "interdipendenza tra individuo e sottosistemi dell'eco-sistema (la famiglia, la comunità, la cultura e l'ambiente fisico e sociale).

Per promuovere la salute, l'ecosistema deve offrire le condizioni economiche e sociali che facilitano stili di vita sani. Deve inoltre fornire informazioni e consentire l'acquisizione di abilità necessarie affinché gli individui possano prendere decisioni riguardo al proprio comportamento in modo da mantenere la salute" (Zani B. et al., 2000).

La Regione del Veneto in molti modi e da molti anni dimostra, attraverso azioni concrete, l'interesse per le nuove generazioni e per il loro benessere, mediante l'implementazione di programmi di prevenzione del tabagismo a scuola che si basano su buone pratiche.

L'Area 1 del Programma regionale per la prevenzione delle patologie fumo-correlate si propone di implementare in modo uniforme nel territorio regionale buone pratiche di interventi di prevenzione del tabagismo a scuola consolidate e verificate anche a livello nazionale ed internazionale, integrate con buone pratiche sviluppate a livello regionale, secondo l'ottica efficace della continuità nel tempo garantita da sette progetti educativi, ognuno specifico per età e grado scolastico, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di II° grado.

La programmazione dei progetti di prevenzione del tabagismo attualmente promossi dalla Regione del Veneto in sinergia con la scuola e implementati nel territorio regionale da decine di operatori delle Az.ULSS venete tiene conto che iniziare a fumare è frutto di un processo complesso, non riconducibile ad un singolo fattore e che i membri della famiglia, gli amici ed i compagni di scuola hanno un'influenza determinante sulla decisione: ne consegue che non esistono interventi brevi, semplici, settoriali magari saltuari che si siano rivelati risolutivi nel ritardare od impedire l'inizio del fumo nei giovani.

La programmazione e la realizzazione di progetti educativo-formativi completa e valorizza il percorso avviato con l'attenta applicazione della normativa sul divieto di fumo a scuola soprattutto se tali progetti:

- presentano alcune caratteristiche di base che ne supportino l'efficacia;
- coinvolgono un ampio numero di studenti e possibilmente anche le altre componenti scolastiche rappresentate dagli adulti (genitori, docenti, personale non docente);
- continuano nel tempo, cioè da un anno scolastico all'altro.

I progetti di seguito illustrati rappresentano delle valide tracce per lavorare in modo relativamente semplice ed economico, rispettoso delle caratteristiche che ne supportano l'efficacia, se gestiti in maniera interdisciplinare, in tempi ragionevoli, in modo piacevole, ma non superficiale, facilitando l'acquisizione di strumenti utili a *saper fare* scelte ragionate, a *saper essere* ragazzi consapevoli, a *saper diventare* adulti responsabili, nel pieno rispetto dei tempi e delle esigenze di ciascuno studente.

Nello specifico i progetti regionali proposti sono:

Club dei vincenti. Un piano speciale contro il fumo



Programma annuale rivolto ai bambini, docenti e genitori dell'ultimo anno della scuola dell'Infanzia (5 anni) e del primo ciclo della scuola primaria.

Obiettivo generale

Promuovere competenze comportamentali verso le buone abitudini di vita, il rispetto dell'ambiente, della salute della propria persona e degli altri e la promozione di un buon rapporto con il proprio corpo.

Obiettivi specifici

- Sensibilizzare il personale della scuola verso il problema tabagismo
- Coinvolgere i genitori dei bambini più piccoli nei programmi per la prevenzione del fumo.

Si tratta di un programma annuale che coinvolge i bambini in un percorso educativo che utilizza una strategia attiva e partecipativa. I bambini incontrano alcuni personaggi "Nicotina", "Grazie non fumo" e "Rosapolmon", interpretati da tre insegnanti, che attraverso momenti di animazione, narrazione e gioco, permettono loro di fare un'esperienza significativa utile a sollecitare attitudini e comportamenti positivi verso la salute e la scelta di non fumare

Alla conquista del pass per la città del sole, una città senza fumo



Programma rivolto ai bambini, docenti e genitori delle classi IV° e V° della scuola primaria.

Obiettivo generale

Prevenire l'abitudine al fumo e promuovere una cultura libera dal tabacco

Obiettivi specifici

- Favorire lo sviluppo di conoscenze e comportamenti per uno stile di vita sano e libero dal fumo
- Ridurre il numero di bambini che provano a fumare
- Incentivare l'intenzione di rimanere "smoke-free" anche in futuro.

Il programma può essere biennale (in classe IV° viene svolto il programma e in classe V° viene svolta l'attività di rinforzo) o annuale (in classe V° viene svolto il programma nella prima parte dell'anno e nella seconda parte viene svolta l'attività di rinforzo). La proposta educativa coinvolge gli alunni in un percorso attivo e partecipativo che rappresenta il pretesto e l'occasione per riflettere, confrontarsi, approfondire e trovare soluzioni a una serie di domande stimolo. Il protagonista della storia Mister StarBene, interpretato dall'insegnante, stabilisce un contatto con i ragazzi tramite una corrispondenza, che sarà realizzata dalla classe. Attraverso diversi esercizi, il protagonista introduce i ragazzi ai temi del tabagismo, del corpo umano e, più in generale, del concetto di salute.

C'era una volta ... e poi vissero sani e contenti



E' un progetto triennale di prevenzione al tabagismo rivolto ai bambini delle classi terze delle scuole primarie. Ha come obiettivo quello di favorire la costruzione di opinioni ed atteggiamenti di stili di vita sani. Infatti, la maggior parte dei programmi che si occupano di prevenzione al tabagismo si rivolge a ragazzi tra gli 11 e i 17 anni, mentre è dimostrato che l'atteggiamento verso il fumo è già strutturato a questa età. Conoscendo, quindi, i bisogni dei giovani, si possono gettare le basi, prima ancora della fase adolescenziale, per prevenire l'utilizzo del tabacco offrendo altre modalità "sane" di risposta, promuovendo lo sviluppo nei bambini di quelle abilità socio-comportamentali che sono fattori protettivi nei confronti di qualsiasi comportamento a rischio, compreso quello del fumo di tabacco.

Obiettivo

Prevenire l'abitudine al fumo e promuovere una cultura libera dal tabacco nei bambini delle scuole primarie, nei loro genitori e più in generale nella scuola. Promuovere nei bambini competenze socio-comportamentali con riguardo particolare al fumo di tabacco.

Materiali disponibili

- Schede di lavoro: la fiaba, l'intervista, la ricerca, il diario, la cartolina, lo spettacolo-gioco, la mappa delle informazioni
- "Fumo City Story"
- Questionari per la valutazione

Liberi di scegliere



Programma di prevenzione primaria dell'abitudine al fumo di sigaretta rivolto agli studenti e docenti della scuola secondaria di 1° grado, preferibilmente classe seconda.

Obiettivo generale

Prevenire l'abitudine al fumo e promuovere una cultura libera dal tabacco

Obiettivi specifici

- Aiutare i ragazzi a comprendere il complesso di fattori ambientali e personali che inducono le persone a fumare
- Potenziare le capacità di far fronte alle pressioni sociali
- Valorizzare l'immagine del non fumatore.

a guida comprende cinque attivazioni destinate all'utilizzo autonomo degli insegnanti per la conduzione dell'intervento nelle classi. E' importante che siano utilizzate tutte le attivazioni e completate nell'arco di due mesi, possibilmente con cadenza settimanale. La durata media di ogni attivazione è di circa due ore. L'argomento principale trattato nella guida non è costituito dagli effetti del fumo sulla salute, ma dalle pressioni sociali che spingono ad iniziare a fumare, individuabili nel gruppo dei coetanei, nei modelli familiari e nell'offerta sociale (informazione, pubblicità, ecc.). Un altro aspetto molto importante dell'intervento educativo è il presentare il non fumare come un attributo desiderabile, brillante, invidiabile, da persona matura, mettendone in evidenza i molteplici aspetti positivi (estetici, fisici, economici, ecologici, ecc.).

Smoke free class competition



Si tratta di un Concorso europeo rivolto alle classi della scuola secondaria di I° grado e alle classi prime e seconde della scuola secondaria di II° grado.

Obiettivo generale

Prevenire l'abitudine al fumo e promuovere una cultura libera dal fumo.

Obiettivi specifici

- Prevenire o ritardare l'inizio dell'abitudine al fumo tra i giovani
- Eliminare o ridurre il consumo di sigarette negli alunni che hanno già sperimentato il fumo per evitare che diventino fumatori abituali
- Promuovere l'immagine del non fumatore.

Per iscriversi la classe deve sottoscrivere il Contratto di Classe dove ogni alunno si impegna a rimanere libero dal fumo almeno per il periodo del concorso che va dal 1 novembre fino al 30 aprile dell'anno scolastico in corso. Durante questo periodo vengono discussi con gli insegnanti di riferimento argomenti relativi al fumo di tabacco e compilate mensilmente le Schede di Monitoraggio e il Diario di Classe. Il concorso prevede anche la ricerca di uno slogan e la compilazione di due cartelloni dove indicare i motivi per essere smoke free e per smettere di fumare. Al termine del concorso le classi che risultano Smoke-free partecipano a tre lotterie, una internazionale, una nazionale e una regionale per l'estrazione delle classi vincitrici. A tutti gli studenti che terminano il concorso viene consegnato un gadget di partecipazione.

Insider



Programma rivolto agli studenti e docenti della scuola secondaria di II° grado;

Obiettivi

- Aumentare il grado di interesse per il problema del tabacco
- Approfondire l'argomento fornendo agli insegnanti supporti adeguati per la discussione in classe
- Rinforzare le difese di chi non fuma contro le pressioni ad iniziare il consumo
- Considerare la dipendenza da nicotina in modo critico
- Ridurre il numero di fumatori favorendo in quanti fumano una scelta di salute.

Il progetto Insider si fonda sulla visione critica dell'omonimo film (USA, 1999). Tratto da fatti, realmente accaduti, il film si basa su un'esclusiva intervista che un manager, il dr. Jeffrey Wigand, di una multinazionale americana del tabacco ha rilasciato ad un giornalista.

Il protagonista venuto a conoscenza, in qualità di responsabile dell'area "Ricerca e Sviluppo" della multinazionale, di importanti informazioni taciute all'opinione pubblica, combatte contro il tentativo della compagnia di intimidirlo e di impedirgli di diffondere le notizie in suo possesso. Il film è corredato da una guida didattica.

Sfumiamo i dubbi



Programma basato sulla peer education e proposto alla scuola secondaria di II° grado che verrà dettagliatamente descritto nel capitolo 4.

Ad integrazione dei progetti sopraindicati riguardanti la fascia degli studenti dai 12 ai 15 anni vi sono i **Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute** attivi presso Villa Cà Dotta di Sarcedo-VI.

Nei laboratori di Cà Dotta si propone una metodologia di lavoro che prevede il coinvolgimento attivo dei visitatori con l'utilizzo di modalità comunicative di forte impatto emozionale, centrate sull'immaginario individuale e collettivo legato al fumo di sigaretta e all'alcol.



Tali progetti sono integrati e completati dalla guida **Verso una scuola libera dal fumo** rivolta ai dirigenti scolastici ed agli insegnanti referenti alla salute allo scopo di supportarli nell'applicazione della legge sulla protezione dei non fumatori dal fumo passivo in ambito scolastico, ma anche nell'implementazione di interventi di prevenzione e promozione della salute. La guida, riconoscendo la scuola come luogo di educazione e di formazione delle nuove generazioni, vuole andare oltre all'importante compito di far rispettare nell'ambiente di lavoro scolastico la normativa in materia di fumo, sottolineando anche il significativo apporto della scuola nel formare alla legalità, alla convivenza civile, al rispetto degli altri e nella promozione di modelli educativi sani.



I contenuti della guida vanno da una panoramica sul fenomeno del tabagismo in generale e, in particolare, negli adolescenti indicando i consumi, i significati, i fattori di rischio e di protezione, per passare ai contenuti specifici legislativi ed applicativi della norma e, infine, nell'ultima parte, presentando i suddetti progetti educativi di prevenzione del tabagismo proposti a livello nazionale, dalle scuole dell'infanzia alle scuole secondarie di II° grado, con l'obiettivo ultimo di promuovere una scuola libera dal fumo impegnata sul fronte della promozione di stili di vita sani.

L'efficacia dei programmi è largamente influenzata dall'ambiente organizzativo scolastico (setting) che deve necessariamente dimostrarsi coerente con gli interventi educativi svolti nelle classi. Le politiche scolastiche debbono, quindi, chiaramente esprimere il loro impegno nella prevenzione del tabagismo e debbono coinvolgere non solo gli studenti, ma anche dirigenti, personale docente e non docente. L'ambiente organizzativo scolastico, infatti, ha un importante ruolo nell'influenzare l'atteggiamento verso il fumo e deve poter rappresentare un contesto di supporto che facilita la scelta di non fumare.

1.2 Il manuale *Sfumiamo i dubbi* – Percorsi operativi di peer education a scuola

Il presente manuale nasce con l'intento di valorizzare più di dieci anni di lavoro nel Veneto nell'ambito del progetto regionale di peer education *Sfumiamo i dubbi*, che vede gli studenti protagonisti della promozione di una cultura libera dal fumo, per dare la giusta voce a quanti hanno contribuito a vario titolo allo sviluppo del progetto, al fine di stimolare un aggiornamento, innovazione e implementazione della metodologia della peer education sulla base delle esperienze maturate anche in ambiti di salute diversi dal fumo di tabacco (malattie sessualmente trasmissibili, uso di sostanze illegali, promozione di stili alimentari sani, ecc.).

Il manuale si rivolge agli operatori delle Aziende ULSS, ai dirigenti scolastici e docenti già impegnati in tali attività quale spunto di confronto e crescita, ed a coloro che vogliono iniziare a muovere i primi passi nella peer education come un buon punto di partenza.

Il secondo capitolo comprende un'introduzione al Programma nazionale *Guadagnare Salute* quale programma strategico e nuova metodologia per la prevenzione e la promozione della salute, seguita da un focus specifico sul fumo di tabacco, quale uno dei principali fattori di rischio contemplati in *Guadagnare Salute*. Il tabagismo viene trattato dal punto di vista epidemiologico con un approfondimento del fenomeno nei giovani, sulla prevenzione negli adolescenti ed, infine, con una finestra di approfondimento sul grande tema di attualità della sigaretta elettronica.

Il terzo capitolo, curato per l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto dalla Referente regionale per la promozione della salute, Dirigente Scolastico Michela Possamai, mette in risalto il mandato di promozione della salute a scuola nella costruzione del curricolo verticale di scuola, per competenze, che sostanzia l'evoluzione di un sistema regionale "Scuola-Sanità".

Il quarto capitolo presenta il progetto regionale *Sfumiamo i dubbi*: il contesto in cui è nato, le sperimentazioni, le diverse fasi del progetto e gli strumenti utili per la sua implementazione. Un CD allegato raccoglie i materiali, le schede ed i questionari proposti per ogni singola fase progettuale in un formato semplice e diretto per la stampa e un utilizzo immediato.

Nel quinto capitolo trovano voce le esperienze di operatori di alcune Aziende ULSS venete e di docenti e peer di alcuni istituti secondari di II° grado del Veneto impegnati in programmi di peer education in diversi ambiti di salute (sana alimentazione, prevenzione malattie sessualmente trasmissibili, sostanze legali ed illegali, ecc.) con l'auspicio che la peer education trovi sempre maggior utilizzo nell'accompagnare i nostri giovani a prendere consapevolezza delle proprie scelte e ad essere in grado di fare scelte salutari per il proprio presente e futuro.

Nell'ultima parte trovano spazio alcune considerazioni per il lavoro a divenire soprattutto nella direzione della media education e nell'ottica trasversale e intersettoriale promossa da *Guadagnare Salute* che si concretizza in una sempre più proficua integrazione con il mondo della Scuola.

Infine, un ringraziamento va agli operatori sanitari e scolastici che ogni giorno affrontano con impegno e passione la promozione della salute implementandola nel proprio ambito di lavoro, certi che per arrivare ad una scelta consapevole di uno stile di vita sano è necessario passare attraverso un vero e proprio cambiamento culturale.

Bibliografia

Conrad K. M., Flay B. R., Hill D., *Why children start smoking cigarettes: predictors of onset*. British Journal of Addiction, 87, 1711–1724, 1992.

ISTAT, *Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*. 2012. Consultabile in http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=440&cHash=54fe46c915f3d2e8b3c43aeeb7db13d5

Marmocchi P., Dall'Aglio C. e Zannini M., *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento, Erickson, 2004.

McCarron P, Davey Smith G, Okasha G, McEwen J., *Smoking in adolescence and young adulthood and mortality in later life: prospective observational study*. Journal of Epidemiology and Community Health 55: 334-335, 2001.

Ministero della Salute, *Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*. 2008. Consultabile in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

Mirandola M., Campostrini S., Furegato M., Baldassari D. (a cura), *I Giovani in Veneto. Approfondimento dei risultati dell'indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11, 13 e 15 anni*. Verona, Cierre Edizioni, 2010; 129-158.

Paavola M., Vartiainen E. and Puska P., *Predicting adult smoking: the influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family*. Health Education Research, 11, 309–315, 1996.

Pacifici R., Pichini S., Pizzi E., *I giovani e il Fumo*. Indagine Doxa 2003. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità. 2003.

Regione del Veneto, *L'abitudine al fumo in Veneto. I dati del sistema di sorveglianza PASSI 2012*. 2013. Consultabile in http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=7e5135d4-7958-4797-a8c5-7ff158b98c42&groupId=10793

WHO. *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008-The MPOWER Package*. 2009. Consultabile in <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>

Zani B., Cicognani E., *Psicologia della salute*. Bologna, Il Mulino, 2000.

Sitografia

www.who.int

www.salute.gov.it

www.iss.it/ofad

www.regione.veneto.it

Capitolo 2

GUADAGNARE SALUTE: UNA NUOVA CULTURA DELLA PREVENZIONE

*Martina Di Pieri
Alessandro Mantovani
Federica Michieletto*

2.1 Guadagnare Salute

Martina Di Pieri

In Italia e in Europa le malattie croniche, che hanno in comune i principali fattori di rischio legati a stili di vita non salutari (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica), sono responsabili dell'86% dei decessi, del 77% degli anni di vita in salute persi e del 75% dei costi sanitari.

L'approvazione del programma *Guadagnare Salute* (DPCM 4 maggio 2007) ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione. E' stato, infatti, formalmente adottato dal Governo Italiano un approccio più ampio di intervento che mira a promuovere la salute come bene collettivo. In quest'ottica l'"*istituzione salute*" (nazionale, regionale, locale), oltre al tradizionale ruolo di erogatore di servizi sanitari, si trova ad assumere un ruolo di "leadership" e di promozione rispetto alle altre istituzioni, puntando al coinvolgimento di settori diversi della società, attraverso una programmazione ampiamente concertata, la definizione delle reciproche responsabilità e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscono in maniera trasversale sui principali fattori di rischio per la salute.

L'obiettivo primario è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica). Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali. È per questo che la strategia di *Guadagnare Salute* identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici):

- promozione di comportamenti alimentari salutari
- lotta al tabagismo
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol
- promozione dell'attività fisica.

Informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale, oltre che collettiva, affinché ogni persona diventi protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie scelte, è il messaggio della promozione della salute.

Un investimento da valutare a lungo periodo, con la riduzione del peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui. E' di fondamentale importanza, infatti, riuscire a stimolare la responsabilità individuale, affinché ogni cittadino si senta parte attiva nel miglioramento del proprio stato di salute, attraverso la promozione di azioni trasversali ed intersettoriali che vedono operare in sinergia, fianco a fianco, istituzioni pubbliche, regionali e locali, protagonisti della società civile e del mondo produttivo, uniti per il raggiungimento degli obiettivi del Programma: scegliere stili di vita sani.

Queste organizzazioni comprendono i settori della sanità, dei trasporti, dell'ambiente, dello sport e del tempo libero, dell'istruzione e della formazione, dell'economia, della pianificazione urbanistica, oltre all'amministrazione pubblica, alla società civile e al settore privato. Il messaggio centrale, quindi, di *Guadagnare Salute* è che il nostro benessere non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma deve diventare un obiettivo prioritario di vita di ogni cittadino e delle comunità.

La Strategia europea contro le malattie croniche propone un approccio globale e integrato per affrontarle nel loro complesso:

- promuovere a livello di popolazione programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie
- individuare i gruppi ad alto rischio
- ottimizzare la copertura della popolazione in termini di cure efficaci, cercando di integrare politiche di intervento e azioni in modo da ridurre al minimo le disuguaglianze.

Il traguardo finale di questa strategia è evitare le morti premature e ridurre in modo significativo il carico di malattia, migliorando la qualità della vita e rendendo più omogenee le aspettative di vita fra gli Stati membri. Gli obiettivi specifici della strategia sono interventi integrati sui fattori di rischio e i determinanti di salute, nello sforzo di consolidare i sistemi sanitari nella prevenzione e nel controllo delle malattie.

Sei messaggi chiave guidano l'azione:

- la prevenzione è efficace quanto più è duratura e va considerata un vero e proprio investimento in salute e sviluppo
- la società dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti le scelte più salutari
- i servizi sanitari dovrebbero adattarsi a questo obiettivo, affrontando l'attuale carico di malattia e aumentando le opportunità di promozione della salute
- le persone dovrebbero essere messe nelle condizioni di promuovere la propria salute, di interagire con i servizi sanitari ed essere parte attiva della gestione delle malattie
- per garantire il diritto alla salute è fondamentale che tutti abbiano accesso alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e ai servizi sanitari
- a qualsiasi livello, i governi hanno la responsabilità di proporre politiche di intervento all'insegna della salute e di assicurare un'azione integrata in tutti i settori.

Un aspetto importante di *Guadagnare Salute* da prendere in considerazione è "l'alleanza con la scuola". La scuola, infatti, è un luogo speciale in cui è possibile:

- sviluppare nei bambini e nei ragazzi competenze per una crescita libera, autonomia di giudizio, opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari;
- affrontare gli "stili di vita" in modo non settoriale, per un approccio integrato alla promozione della salute nel suo complesso;
- migliorare il livello di collaborazione/coordinamento tra sistema socio-sanitario e sistema scolastico ai fini della programmazione degli interventi di promozione della salute e di stili di vita sani.

Infatti, si leggono nell'opuscolo *Guadagnare Salute* (AA.VV., 2008) le seguenti parole:

"Per fornire ai bambini ed ai ragazzi le competenze necessarie ad una crescita libera, ma anche le opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari è necessaria una vera e propria alleanza con il mondo della scuola."

È, dunque, quanto mai opportuno promuovere una fattiva cooperazione interistituzionale, in particolare tra mondo della scuola e mondo della salute, al fine di promuovere comportamenti sani nelle persone in formazione, in fasi della vita in cui si acquisiscono e si radicano abitudini che andranno poi a costituire i principali fattori di rischio delle malattie croniche.

Questa cooperazione può riguardare sia l'area della sorveglianza sia quella degli interventi di promozione della salute. In questo ambito, in particolare, attraverso un accordo tra Ministero dell'Istruzione, Ministero della Salute e Regioni, si può puntare a sviluppare e diffondere nella scuola, nell'ambito del percorso curricolare, interventi di educazione alla salute, privilegiando interventi già sperimentati e di provata efficacia. Si potranno valorizzare le metodologie di "peer education", finalizzate a promuovere la partecipazione attiva degli studenti e la capacità di sviluppare abilità per resistere alla pressione sociale rappresentata dal gruppo dei pari, dai modelli familiari, dalla pubblicità e dall'offerta sociale".

Quindi, con l'introduzione del programma *Guadagnare Salute* si va verso un investimento per il futuro dal momento che le spese in campo socio-sanitario non possono essere viste soltanto come "costi da contenere", bensì come investimenti a medio-lungo termine.

E' in questo quadro di riferimento che si sviluppa il nuovo modo di concepire la prevenzione, non più pensata di pertinenza specifica del mondo sanitario, ma un bene collettivo che tutti hanno il dovere di proteggere. Questo nell'ottica anche di abbattere le disuguaglianze sociali nella salute.

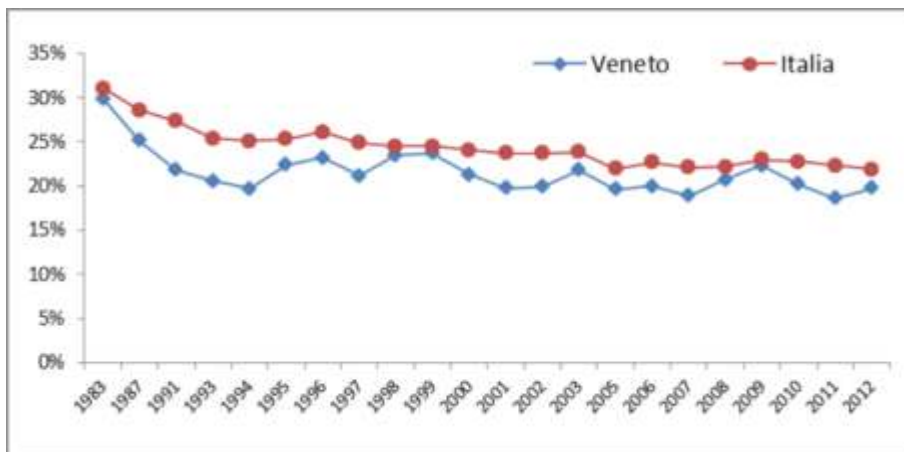
Guadagnare Salute diventa, quindi, la giusta risposta per creare, attraverso la prevenzione, condizioni più favorevoli alle scelte per la salute, utilizzando in particolar modo l'informazione, la comunicazione e specifiche iniziative che inducano a scelte di vita salutari.

2.2 Epidemiologia del fenomeno fumo di tabacco

Federica Michieletto

Dall'indagine multiscopo annuale dell'Istat "*Aspetti della vita quotidiana*" la percentuale di fumatori tra la popolazione di 14 anni e oltre in Veneto passa dal 29,9% del 1983 al 18,6% del 2012, con una flessione di circa 11 punti percentuali: tuttavia la diminuzione si è registrata prima del 1993 in quanto negli ultimi anni la percentuale di fumatori si è pressoché stabilizzata.

Fig. 1: Fumatori di 14 anni e oltre. Veneto e Italia – Anni 1983:2012



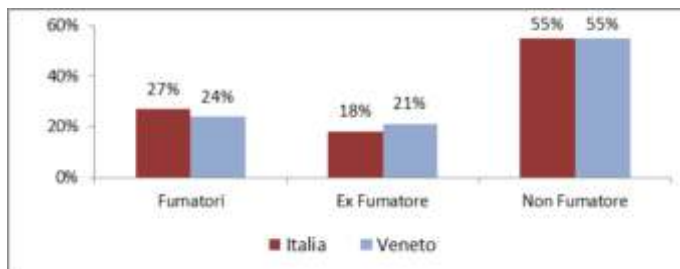
Fonte: Istat – Indagine multiscopo annuale "*Aspetti della vita quotidiana*"

Secondo la rilevazione PASSI, sulla popolazione **tra i 18 e 69 anni**, in Veneto i fumatori sono pari al 24% della popolazione, gli ex fumatori al 21% e i non fumatori al 55%.

L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (27% versus 21%).

Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno
Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi
Fumatore in astensione: soggetto che attualmente non fuma, ma da meno di 6 mesi
Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Fig. 2: Abitudine al fumo di sigaretta Veneto – PASSI 2012



Fonte: Sorveglianza Passi 2012.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini, rispetto alle donne. La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo di studio o con la licenza elementare, e cresce all'aumentare delle difficoltà economiche. Gli stranieri fumano in percentuale maggiore.

Analizzando separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'abitudine al fumo sono:

- per gli uomini la giovane età, la presenza di difficoltà economiche e la cittadinanza straniera,
- per le donne la giovane età, la presenza di difficoltà economiche e un livello di istruzione elevato.

Fig.3 Percentuali di fumatori per caratteristiche demografiche. Veneto – PASSI, 2012

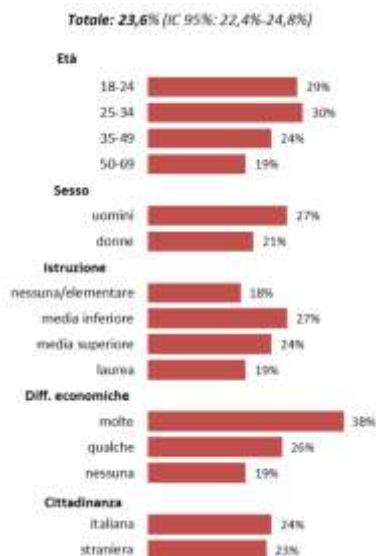


Fig. 4: Percentuale di fumatori. Pool PASSI - Anno 2012



■ % significativamente superiore ai paesi
 ■ % non significativamente diversa dai paesi
 ■ % significativamente inferiore ai paesi

Fonte: Sorveglianza Passi-Anno 2012

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno. Tra questi, il 4,2% ne fuma più di 20 (forte fumatore).

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 27%, gli ex fumatori il 18% e i non fumatori il 55%. Il Veneto si distingue per essere tra le regioni con la più bassa prevalenza di fumatori.

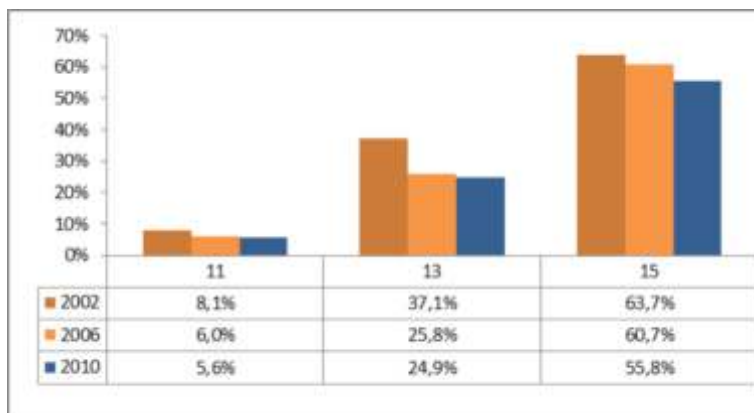
Il fumo negli adolescenti

Età di inizio e abitudine tra i giovanissimi

Dall'indagine HBSC (Health Behaviour in School – aged Children) condotta dall'OMS negli anni 2002, 2006 e 2010 tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano la scuola media inferiore e superiore, è emerso che in Veneto la percentuale di pre-adolescenti e adolescenti che sperimentano il fumo di tabacco cresce velocemente con l'età.

Nel corso delle tre rilevazioni (2002, 2006, 2010), i giovani che sperimentano il fumo sono diminuiti in tutti e tre gli strati del campione. La diminuzione più importante è avvenuta nel gruppo dei 13enni e dei 15enni, con un calo nel 2010 rispettivamente di 12 e di quasi 8 punti percentuali rispetto all'indagine del 2002. I confronti temporali risultano statisticamente significativi in tutti e tre le età.

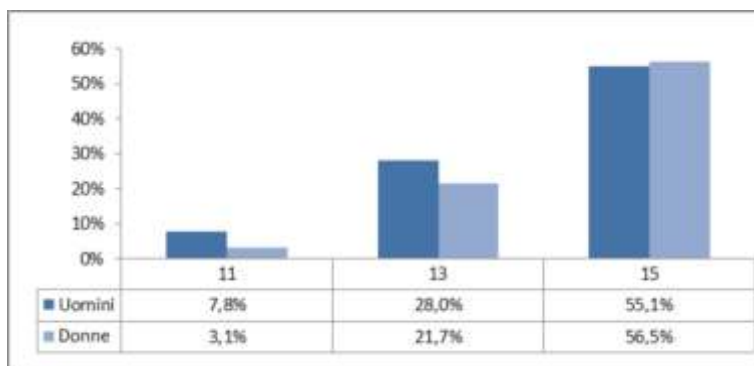
Fig. 5: Giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare. Veneto - Anni 2002, 2006 e 2010



Fonte: OMS - HBSC Health Behaviour in School – aged Children

Nel 2010, i 15enni che sperimentano il fumo sono quasi il doppio dei 13enni (differenza statisticamente significativa). La differenza non è invece statisticamente significati tra gli 11enni e i 13enni. Per il campione dei 15enni non appaiono differenze nel comportamento statisticamente significative tra ragazzi e ragazze, mentre queste sono presenti tra le prime due fasce d'età (11 e 13enni), dove i valori più alti di consumo di tabacco si riscontrano nei ragazzi sia di 11 che di 13 anni rispetto alle loro coetanee.

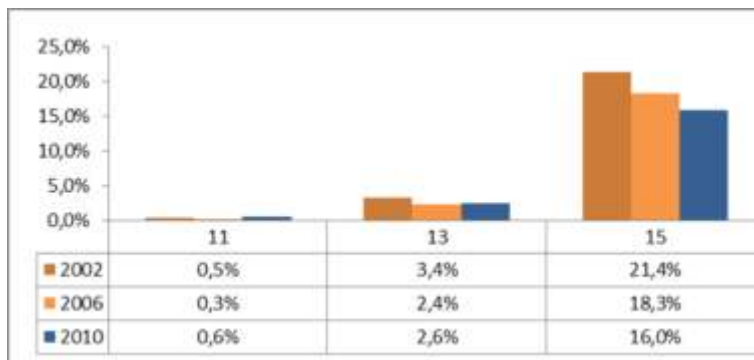
Fig. 6: Giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare per sesso. Veneto - Anno 2010



Fonte: OMS - HBSC Health Behaviour in School – aged Children

Come la sperimentazione anche l'abitudine al fumo cresce velocemente all'aumentare dell'età. Tra i quindicenni, tra il 2002 e il 2010, si assiste ad una diminuzione statisticamente significativa di quasi 5 punti percentuali rispetto alla rilevazione del 2002, passando dal 21,4% al 16%.

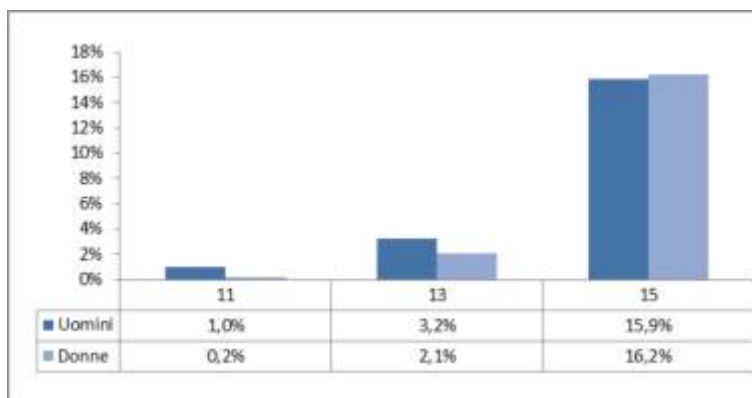
Fig. 7: Giovani di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente. Veneto - Anni 2002, 2006 e 2010



Fonte: OMS - HBSC Health Behaviour in School – aged Children

Nell'indagine sul consumo di tabacco quotidiano, esso appare quasi assente nel campione degli 11enni (0,6%) e dei 13enni (2,6%); nei 15enni, non differisce tra ragazzi e ragazze. Non sono presenti differenze statisticamente significative tra i due sessi in tutte le età considerate.

Fig. 8: Giovani di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente per sesso. Veneto - Anno 2010



Fonte: OMS - HBSC Health Behaviour in School – aged Children

Conclusioni

Gli ultimi dati dimostrano che oggi in Veneto fuma circa una persona su cinque e che negli ultimi anni il dato si è stabilizzato. Ciò che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani: tra i 18 e 24 anni un terzo sono fumatori. Tuttavia si osserva una diminuzione degli adolescenti che provano a fumare e che fumano quotidianamente: questo potrebbe essere incoraggiante per il controllo dell'abitudine nelle età successive.

2.3 Tabagismo e giovani

Martina Di Pieri, Alessandro Mantovani

La pre-adolescenza e l'adolescenza rappresentano il periodo in cui si avvia prevalentemente il consumo di tabacco partendo da un consumo occasionale fino a divenire in poco tempo un

consumo quotidiano, tanto che il Surgeon General parla di una *epidemia pediatrica*. Questa è una fase della vita di grande vulnerabilità alle influenze sociali (Steinberg, 2004), nonché alla pervasiva attività di marketing di prodotti del tabacco tramite le produzioni cinematografiche, le produzioni musicali (video musicali), nonché tramite siti di social network che hanno avvicinato e favorito la diffusione tra i giovani negli ultimi anni anche di altre forme di prodotti del tabacco, quali lo “smokeless tobacco” (tabacco da masticare o da sniffare), i sigari e l'uso della cosiddetta E-Cig o sigaretta elettronica che merita uno specifico approfondimento (v. paragrafo 2.5).

Conoscere i fattori di rischio specifici associati all'iniziazione e stabilizzazione del fumo nei giovani è fondamentale per una adeguata progettazione di interventi di prevenzione specifica. A tal proposito, la letteratura concorda sul fatto che i fattori di rischio sono sostanzialmente gli stessi nel caso del tabacco, dell'alcol e dell'hashish. Da più parti è stato dimostrato, oramai, che i ragazzi che adottano comportamenti a rischio tendono ad applicare la categoria del rischio a più aree comportamentali. Ecco, perciò, che tra chi fuma e consuma alcol è più facile rilevare la presenza di adolescenti che consumano anche altre sostanze psicotrope o adottano comportamenti sessualmente promiscui (Pellai et al., 2001). Sembra, inoltre, che esista una certa evidenza, che necessita tuttavia di ulteriori approfondimenti, che il comportamento del fumo rappresenti una sorta di “apertura” ad un futuro uso di droghe illegali (CDC, 1994 e 2012).

Secondo un'ottica multifattoriale non ci sarebbe un unico fattore responsabile dell'uso delle sostanze psicoattive, ma una serie di fattori che interagiscono fra di loro in concomitanza e si rafforzano con effetti cumulativi. Va considerato, inoltre, che l'attrattività verso le sostanze psicoattive dipenderebbe non solo dalle elaborazioni fatte dall'adolescente circa gli atteggiamenti e le credenze derivanti dall'ambiente che lo circondano, ma anche dai significati che per lui assumono le sostanze, le funzioni che attribuisce loro in rapporto a se stesso, alle relazioni con i coetanei, allo stile di vita e alla fase di sviluppo che sta attraversando (Ravenna, 1993).

Anche per quanto riguarda specificamente l'iniziazione al fumo di tabacco, la letteratura ribadisce che essa sottende ad un processo complesso, multifattoriale, non riconducibile ad un unico fattore, ma all'interazione dinamica tra l'individuo ed il suo contesto di vita.

Una rassegna effettuata dal Cochrane Tobacco Addiction Group (2000) riassume così gli specifici fattori che influenzano l'iniziazione al fumo:

Ambientali	Socio-demografici	Comportamenti individuali
<ul style="list-style-type: none"> - Genitori fumatori - Atteggiamento dei genitori rispetto al fumo - Fratelli fumatori - Ambiente familiare, attaccamento ai genitori - Coetanei fumatori - Atteggiamenti e norme osservati nei coetanei rispetto al fumo 	<ul style="list-style-type: none"> - Età - Provenienza etnica - Livello socio economico dei genitori - Indipendenza economica 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimento scolastico - Stile di vita - Autostima - Atteggiamento verso il fumo ed i fumatori - Stress - Preoccupazioni per la salute

Anche alcuni studi italiani rilevano che uno dei principali fattori legati alla decisione di iniziare a fumare è rappresentato dall'influenza dei modelli familiari e amicali (Ravenna, 1993, 1997a, 1997b, 2001; Ravenna Et.al., 1998; Bonino, 1998 e 1999; Bonino et al., 1998; Borca et al., 2001).

Ancora più importante del modello di comportamento dei genitori è la loro disapprovazione esplicita del fumo degli adolescenti.

Nello studio della Bonino (1998) condotto su studenti tra i 14 e i 19 anni, si è riscontrato ad esempio che i ragazzi fumatori hanno nel 62% dei casi uno o entrambi i genitori che fumano, contro il 47% dei coetanei non fumatori. Questo studio, inoltre, mette in luce alcune caratteristiche più frequentemente associate al fumo nei giovani:

- Valori: dare molta importanza all'autonomia rispetto alla scuola e alla salute.
- Scuola: insuccesso scolastico, desiderio di abbandonarla considerandola inutile, scarse aspettative rispetto alla propria realizzazione.
- Amici: orientamento verso i pari anche nelle scelte e nello stile di vita, ricerca di sostegno nei coetanei, frequenza di pub, discoteche e sale giochi, passare molto tempo con gli amici e con il partner.
- Famiglia: stile educativo permissivo, scarso sostegno emotivo, assenza di regole e limiti, numero significativamente più alto di familiari fumatori.
- Percezione del futuro: scarsa prospettiva temporale e preoccupazione manifesta per la vita.
- Percezione di sé: scarsa autoefficacia, elevato interesse per il sesso opposto, aspettative relazionali alte.
- Altri comportamenti associati: bere più alcolici e con maggiore frequenza; ubriacarsi più spesso e avere maggiori problemi legati all'uso di alcol; avere una maggiore attività sessuale; usare di più marijuana e fumare più frequentemente spinelli; guidare di più in modo pericoloso; fare più azioni pericolose solo per il gusto di farle; fare più atti di vandalismo e di furto e violare maggiormente le norme.

Va ricordato che nel determinare o meno un comportamento rischioso per la salute, come lo è il fumare, vanno considerati non solo i fattori di rischio, ma anche i fattori di protezione ed il loro potere di controbilanciamento rispetto a quelli di rischio. Fattori di rischio e di protezione interagiscono in maniera dinamica. Essi non vanno pertanto considerati come qualità statiche degli individui, ma come risorse a cui gli individui possono ricorrere nei momenti di necessità. I fattori protettivi sono stati a lungo trascurati da un approccio più attento ad individuare i fattori di rischio; solo recentemente essi sono stati presi in considerazione per meglio comprendere i diversi percorsi d'implicazione in vari comportamenti a rischio e per sviluppare strategie efficaci di prevenzione. Le evidenze sembrano confermare l'importanza che i fattori protettivi si sviluppino prima del passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza e pertanto è necessario promuovere già nei bambini della scuola primaria lo sviluppo di quelle abilità socio-comportamentali che sono fattori protettivi nei confronti di qualsiasi comportamento a rischio, compreso quello del fumo di tabacco. I fattori di rischio e quelli di protezione sono connessi sia alle caratteristiche personali sia ai diversi contesti di vita degli adolescenti, primi fra tutti la famiglia, la scuola, il gruppo di amici. Tali fattori possono esercitare influenze diverse a seconda dell'età degli adolescenti e a seconda del loro stile di consumo di sostanze. Va dunque considerata l'interrelazione tra di essi, così come dovrebbe essere considerato in quale momento evolutivo della vita dell'individuo essi agiscono, aspetto quest'ultimo purtroppo poco o per nulla studiato. Le ragioni per non fumare, maggiormente riportate in letteratura, sono il desiderio di spendere i soldi non in sigarette e una certa considerazione per la salute e per gli aspetti estetici, mentre minore importanza è stata attribuita alla disapprovazione del fumo da parte degli insegnanti, alla possibilità di dare un'immagine negativa di sé fumando e al fatto che il fumo possa ridurre l'appetito (Gremigni, 2007). Attraverso uno stile educativo autorevole la famiglia svolge un ruolo protettivo sia aiutando l'adolescente nell'acquisizione di una sempre maggiore capacità di autoregolazione sia riducendo, attraverso il dialogo ed il sostegno affettivo, i sentimenti di malessere dei figli adolescenti (Bonino et al., 2003).

Infine, la letteratura sottolinea la presenza di altri fattori che possono influenzare l'iniziazione al fumo di tabacco: la pubblicità diretta ed indiretta, il prezzo delle sigarette, la disponibilità all'acquisto (vendita ai minori, distributori automatici), l'accettazione sociale (Manning et al., 1998).

Accanto ai diversi fattori sopracitati, è necessario tener conto che stiamo parlando di adolescenti e che in adolescenza il fumo di tabacco, così come le altre sostanze psicoattive, può assumere diversi significati. L'attrazione verso le sostanze deriva, almeno in parte, dalla possibilità di offrire una risposta ad alcuni bisogni che si manifestano in particolare in questa fase della vita:

- Bisogno di avere un'immagine di sé positiva

Un compito di sviluppo dell'adolescenza è quello di definire la propria identità.

Alcune condotte, e in particolare modo quelle che implicano rischi, possono venire assunte impropriamente per esprimere e consolidare delle caratteristiche personali. In tal modo vi è la probabilità che il ragazzo possa identificare il fumare, l'assumere degli alcolici o delle droghe illecite come un modo per migliorare l'immagine di sé. "Il proporsi come uno che fuma ha solamente un valore qui e ora nel rapporto dei soggetti con altri significativi. Oltre ad incrementare aspetti dell'identità personale, assumere una sostanza psicoattiva significa anche per il soggetto proporre una certa immagine agli altri, fornendo loro una serie di informazioni su di sé che consentono di farsi identificare e trattare secondo le loro aspettative." (Ravenna, 1993).

- Bisogno di autonomia, emancipazione, sfida

E' noto che l'uso di una sostanza può essere vissuto come un modo per dimostrare di essere più adulti ed emancipati, di gestire la propria vita. Tutto questo porta ad aumentare l'autostima e il sentimento di efficacia. In quest'ottica il fumo può assumere per gli adolescenti il significato di un'affermazione anticipata del proprio essere adulti, o meglio del proprio divenire adulti, una sorta di rito di passaggio. Inoltre, il fumo può assumere una funzione trasgressiva, in quanto seppur legale e ben tollerato socialmente, non è accettato dagli adulti nei ragazzi (Bonino, 1998).

- Bisogno di appartenenza e di prestigio rispetto al gruppo dei pari

Il gruppo dei pari assume una funzione di fondamentale importanza in adolescenza: essere accettati e apprezzati dalla propria compagnia diventa essenziale, e per questo il ragazzo adotta gli stessi atteggiamenti e comportamenti dei coetanei. E' un processo che serve sia per essere accolti dal gruppo, sia per differenziarsi da altri gruppi di coetanei.

In questo senso il fumo può essere interpretato come "rito di passaggio" segnalando la capacità di essere grandi, di fare cose "forti" non più da bambini.

Assume anche il significato di "rito di legame" in quanto rappresenta una modalità ritualizzata di entrare in relazione con il gruppo, di unire i partecipanti e di accomunarli emotivamente. Basti pensare alla sequenza rituale del fumo: dalla richiesta o dall'offerta, all'accensione, all'in-alazione, allo sbuffo di fumo, al non infrequente scambio della sigaretta accesa (Bonino, 1998).

Il fumo di tabacco, quindi, può entrare a far parte degli elementi che fungono da facilitatori all'integrazione nel gruppo; l'approvazione degli amici è infatti molto importante quando si inizia a fumare e, successivamente, nella strutturazione dell'abitudine contano quanti e quali amici fumano.

- Bisogno di alleviare gli stati di disagio e di regolare le emozioni

L'uso di sostanze psicoattive può essere utilizzato come un mezzo per regolare le emozioni, soprattutto in un adolescente che si trova ad affrontare grandi trasformazioni psicofisiche. Anche il fumo di tabacco può essere uno strumento per contrastare ansia, tensione, depressione e bassa autostima (Ravenna, 1993).

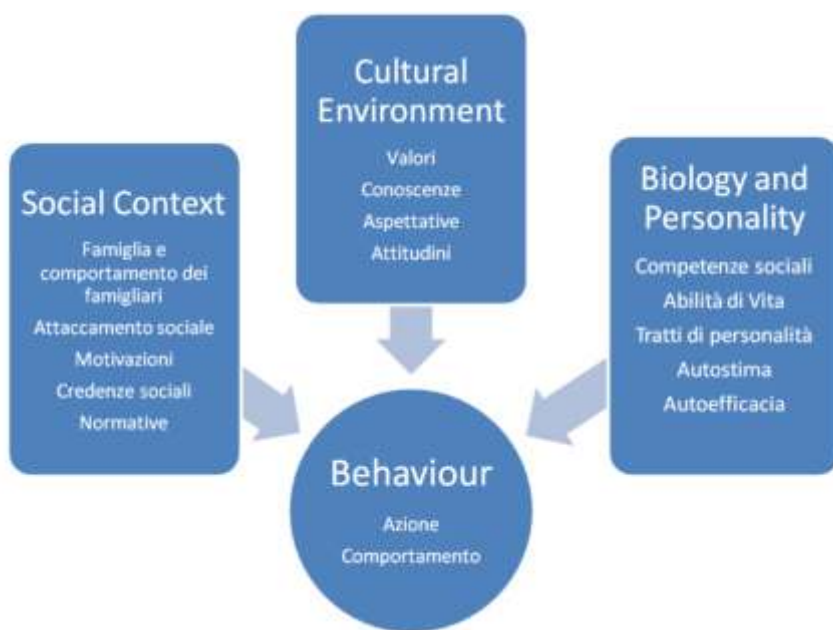
- Bisogno di modificare gli stati di coscienza e il ricercare sensazioni piacevoli

L'uso di sostanze psicoattive può essere utilizzato come un mezzo per abbassare le difese e le inibizioni, facilitando così la comunicazione con gli altri. Gli adolescenti sentono la necessità di ampliare lo spazio relazionale, ricercando esperienze eccitanti, inusuali, che abbiano anche un certo grado di rischio, in modo tale da esibirsi di fronte al gruppo degli amici, e da lanciare una sfida verso il mondo degli adulti. Questa dimensione sembra non riguardare specificamente il fumo di tabacco, in quanto non porta a percettibili modificazioni degli stati di coscienza.

La Teoria dell'Influenza Triadica (TTI) (Flay et al., 1994; Petraitis et al., 1995) è stata utilizzata per spiegare i diversi fattori che possono influenzare l'iniziazione tabagica in quanto è una "meta-teoria" che riorganizza le principali teorie comportamentali utilizzate per spiegare l'uso di tabacco nei giovani. Secondo tale teoria si possono identificare tre fattori che influenzano il comportamento:

- 1) Fattori culturali ed ambientali
- 2) Fattori sociali-situazionali e normativi
- 3) Fattori intrapersonali.

Questi fattori esercitano un effetto a diversa "distanza" sul comportamento di uso del tabacco che viene definito di base, distale e prossimale.



E' possibile rileggere i diversi livelli e tipologie di influenza partendo da quelli più indiretti a quelli che agiscono più direttamente o addirittura nell'immediato dell'iniziazione.

Tipi di influenza	Aspetti sociali / interpersonali	Aspetti socioculturali / attitudinali	Aspetti intrapersonali
Di base	Famiglia e comportamento dei membri	Disponibilità delle sigarette ed esposizione ai media	Ereditarietà, tratti di personalità

Distale	Attaccamento sociale e comportamento degli altri	Conoscenze e valori famigliari/culturali	Competenze ed autostima
Prossimale	Motivazioni a conformarsi, credenze sociali, normative, aspettative	Aspettative personali, valutazione dei pro e contro	Abilità sociali, volontà ed autoefficacia
Immedieate	Offerta della sigaretta	Decisione, intenzione di provare e comportamenti correlati	Curiosità, desiderio di farsi vedere più adulto trasgressione, novelty seeking

Si può così parlare di una influenza “*di base*” a cui tutti siamo esposti e che dipende dai comportamenti verso il fumo dei membri della famiglia, dall'esposizione ai media (pubblicità sul fumo, film, canzoni etcc.) e da una serie di tratti di personalità che maggiormente predispongono al tabagismo.

Si parla di una influenza di tipo “*distale*” rappresentata dall'attaccamento sociale e dal comportamento verso il fumo delle persone al di fuori della famiglia, da un insieme di conoscenze e valori famigliari e culturali pro o contro il fumo e da aspetti intrapersonali quali il livello di autostima e la competenza percepita.

Per influenza “*prossimale*” ci si riferisce a fattori più diretti sul comportamento del giovane quali la motivazione a conformarsi agli altri e le credenze sociali, le valutazioni dei pro e contro verso il fumo e le abilità sociali sviluppate.

Infine, abbiamo delle influenze “*immediate*” che agiscono molto prossime nel momento dell'iniziazione tabagica quali l'offerta della sigaretta, la decisione ed intenzione di provare a fumare ed aspetti più intrapersonali quali il desiderio di farsi vedere più adulto, la curiosità, il bisogno di trasgressione e la ricerca della novità.

L'avvio al consumo di tabacco è stato descritto da alcune teorie come un procedere attraverso una serie di stadi che vanno da un “*non uso*”, ossia il non aver mai sperimentato tabacco, passando per un “*basso uso*”, ossia un consumo sperimentale, fino ad un “*alto uso*” o utilizzo regolare (CDC, 1994). E' evidente che non tutti gli sperimentatori diventeranno consumatori regolari, di qui l'importanza di individuare i differenti predittori che agiscono nei diversi stadi del consumo.

Sembra infatti che i fattori sociali ed ambientali abbiano maggiore influenza nei primi stadi dell'uso e nella fase di incremento di frequenza e quantità (CDC, 2012), mentre i fattori intrapersonali tendono ad avere maggior rilievo successivamente ad uno stadio di consumo più regolare quando è maggiore la dipendenza dalla nicotina.

Secondo il *modello della suscettibilità* (Pierce et al., 1996) si differenzia uno stadio di *non-suscettibilità* in cui l'adolescente non ha ancora preso in considerazione l'idea del fumare, da uno stadio di *suscettibilità* in cui l'adolescente inizia a pensare di poter sperimentare il fumo in futuro. Lo stadio di *sperimentazione* coincide con i primi tentativi di fumare e prosegue fino alla cosiddetta tappa delle 100 sigarette dopo la quale l'adolescente passa alla fase del *fumatore regolare*.

Il Surgeon General's Report - Preventing Tobacco Use among Youth and Young Adults - del 2012 esamina quattro fattori predittivi nel consumo di tabacco:

- Contesto sociale ed ambientale
- Piccoli gruppi sociali (famiglia, gruppo di pari, etc.)
- Processi cognitivi ed affettivi
- Fattori genetici e processi neurobiologici.

Il contesto sociale ed ambientale raggruppa un insieme di processi sociali che influenzano il consumo di tabacco attraverso, ad esempio, un insieme di norme sociali che connotano i ruoli di genere, la religione, la cultura o l'educazione. Anche le recenti normative e politiche antitabacco rientrano in questa categoria ed hanno generato un importante effetto riduttivo verso il consumo di tabacco e verso l'esposizione ai media dei giovani.

I piccoli gruppi sociali di riferimento dell'adolescente rappresentano uno dei fattori maggiormente indagati per comprendere l'iniziazione tabagica, ma ancora oggi si tratta di una questione complessa che non può essere riducibile a dei semplici fattori causali. Non esiste ancora oggi evidenza sufficiente per poter parlare di relazione causale tra comportamento tabagico dei genitori e comportamento tabagico dei figli, ma è possibile invece evidenziare quanto l'iniziazione al fumo sia un processo più articolato in cui si interconnette l'abitudine al fumo dei genitori con l'influenza del gruppo dei pari.

Già in letteratura è stata più volte dimostrata la connessione tra il fumo degli adolescenti ed aspetti affettivi negativi. Recenti ricerche evidenziano quanto tale connessione sia bidirezionale e soprattutto quanto l'umore negativo possa influenzare l'iniziazione tabagica, ma anche la continuazione dell'abitudine. Se da un lato l'umore e più in generale gli aspetti affettivi appaiono essere connessi col fumo, dall'altro anche i processi cognitivi e di pensiero sia automatico che controllato hanno la loro influenza. In effetti, diverse ricerche hanno dimostrato la relazione tra processi cognitivi impliciti od automatici e l'uso di droghe in generale nella popolazione (Ames et al. 2006 per le droghe; Waters et al., 2006 per il tabacco; and Wiers et al., 2006 per l'alcol). Associazioni implicite e cognizioni attivate spontaneamente potrebbero aiutare a spiegare perché le persone vengono coinvolte in attività apparentemente irrazionali quali l'uso di tabacco, pur essendo ben consapevoli dei danni e dei rischi derivanti dal consumo. Diversi autori supportano la rilevanza dei modelli di processo duale come predittori dell'uso di tabacco. Secondo tale modello sia i processi di pensiero automatico che quelli controllati o espliciti sono responsabili dello sviluppo e del mantenimento del comportamento tabagico. Maggiori ricerche sarebbero necessarie per indagare il funzionamento di questo modello duale tale per cui pensieri automatici attivati spontaneamente da associazioni implicite non vengono inibiti da processi di pensiero controllato.

Le ricerche in campo neurobiologico avvalorano da tempo il processo per cui la nicotina attiva dei percorsi di ricompensa a livello del nostro sistema nervoso centrale e che la storia tabagica è correlata a cambiamenti nei processi di ricompensa e di controllo cognitivo. Acquista sempre maggiore evidenza in letteratura anche il ruolo svolto dai geni verso i comportamenti legati all'uso di tabacco anche se la presenza unicamente del rischio genetico non sembra essere sufficiente per l'espressione del comportamento tabagico. Fattori ambientali possono modificare l'espressione di un rischio genetico tale per cui è oggi impossibile affermare che una variazione genetica è causa di uno specifico comportamento tabagico.

È piuttosto possibile affermare l'esistenza di una predisposizione genetica che interagisce secondo modalità complesse con un determinato numero di fattori ambientali all'interno di contesti fisici e sociali tra piccoli e grandi gruppi sociali.

E' possibile dunque concludere che:

- gli adolescenti ed i giovani adulti, proprio per la particolare fase del ciclo vitale che stanno affrontando sono particolarmente suscettibili alle influenze sociali ed ambientali verso l'uso del tabacco
- fattori socioeconomici ed educazionali influenzano l'iniziazione tabagica nei giovani; coloro che passano da una fase di sperimentazione ad un uso regolare di tabacco sono generalmente coloro che raggiungono anche più bassi risultati accademici
- ci sono evidenze sufficienti per affermare una relazione causale tra le influenze sociali del gruppo dei pari e l'iniziazione ed il mantenimento del comportamento tabagico negli adolescenti.
- gli aspetti affettivi giocano un ruolo importante nei comportamenti legati al fumo e soprattutto esiste una forte associazione nei giovani tra fumo e umore negativo.
- esiste evidenza del fatto che l'uso di tabacco è un tratto ereditario, molto più per l'uso regolare che per la semplice iniziazione. Le influenze sociali prossimali (influenze dei gruppi, dei pari e famigliari ecc..) rappresentano dei predittori particolarmente forti del comportamento tabagico tra i giovani poiché esercitano una pressione più diretta ed immediata rispetto a fattori più distali quali il clima scolastico, le norme comunitarie ecc.. Tuttavia tali fattori distali sono altrettanto importanti fattori predittivi in quanto pervasivi nella società ed influenzanti i fattori sociali prossimali.

2.4 La prevenzione del tabagismo negli adolescenti

Martina Di Pieri, Alessandro Mantovani

La prevenzione del tabagismo in età adolescenziale non può prescindere dall'analisi epidemiologica e sociologica delle teorie sopra esposte. La Teoria dell'Influenza Triadica che presuppone tre categorie di fattori che influenzano il comportamento e la scelta di fumare (fattori intrapersonali, sociali e ambientali) permette di evidenziare differenti tipologie di approccio preventivo che possono essere utilizzate anche in base alla prossimità o meno dell'influenza esercitata dai fattori stessi.

Programmi comunitari: comprendono tre tipologie di iniziative quali le campagne di sensibilizzazione tramite i mass media, gli interventi rivolti alla comunità e programmi nazionali di controllo del tabacco. Le campagne dei mass media si sono dimostrate negli ultimi anni una valida strategia capace di ridurre il comportamento tabagico dei giovani (CDC 2012). Capaci di raggiungere ampi strati della popolazione, queste campagne riescono ad influenzare non solo i comportamenti individuali ma anche le norme sociali e istituzionali. Dopo "Help", "Feel free to say no" e "Per una vita senza tabacco", la nuova campagna europea triennale 2012-2015 promossa dalla Commissione Europea punta tutto sull'EX-Smoker cercando di valorizzare l'immagine positiva dell'ex fumatore ed offrendo a coloro che desiderano smettere, un supporto interattivo - "iCoach" per smettere di fumare anche tramite un'applicazione dedicata per smartphone. La nuova campagna, dunque, strizza l'occhio alle nuove tecnologie molto diffuse tra i più giovani.

I programmi comunitari hanno dimostrato la loro efficacia su tutte e tre le categorie di fattori (intrapersonali, interpersonali e socio-culturali) evidenziando il loro valore aggiunto in integrazione con altre strategie preventive.

Interventi legislativi per il controllo del tabacco: questi interventi finalizzati a prevenire l'uso di tabacco tra i giovani comprendono un insieme di azioni politiche mirate a vietare la vendita di tabacco ai minori, etichettare i prodotti del tabacco con avvisi sui rischi, vietare il fumo nei luoghi pubblici e privati, vietarne le pubblicizzazioni ed infine tassarne la produzione e vendita. Questi interventi hanno un effetto prevalentemente sul contesto culturale e di interazione con le istituzioni sociali, sulle credenze sociali e la percezione delle regole e sulla motivazione a conformarsi.

Programmi diretti alle famiglie ed alle scuole: includono una serie di interventi che riescono ad accedere maggiormente al versante intrapersonale oltre che interpersonale nel rapporto con i membri della famiglia e con i pari, nella valutazione dei pro e dei contro al fumo e nel rafforzamento dei valori personali e delle abilità sociali.

Nella recente pubblicazione Surgeon General's Report - Preventing tobacco use among youth and young adults (CDC, 2012) - vengono definite le 5 azioni strategiche per ridurre l'epidemia tabagica:

- 1) Realizzazione di campagne mediatiche di sensibilizzazione rivolte ai giovani
- 2) Adozione di una serie di regolamentazioni per il controllo del tabacco
- 3) Disponibilità di alternative accessibili e low-cost per smettere di fumare
- 4) Aumentare il prezzo dei prodotti del tabacco attraverso un aumento della tassazione
- 5) Diminuire la promozione e la pubblicità diretta ed indiretta dei prodotti del tabacco.

1. Campagne mediatiche rivolte ai giovani:

Le evidenze suggeriscono che le campagne mediatiche rappresentano una delle migliori strategie per modificare le norme sociali e per prevenire l'abitudine al fumo nei giovani. L'esposizione dei giovani a messaggi contro il fumo nelle campagne dei mass-media hanno evidenziato dei cambiamenti nelle attitudini, credenze ed intenzioni verso il fumo oltre che ad una riduzione dei comportamenti tabagici (Popham et al., 1994; Sly et al., 2001, 2005; Farrelly et al., 2002; White et al., 2003; Meshack et al., 2004; Niederdeppe et al., 2004; Emery et al., 2005). Anche in caso di campagne realizzate come singole iniziative piuttosto che in integrazione ad altre attività, è stato evidenziato un importante effetto sulla riduzione del fumo tra i giovani (Davis et al., 2007; NCI, 2008; Farrelly, 2009; Solomon et al., 2009). Tali campagne per aver maggiore efficacia devono presentare alcuni aspetti quali un tema ben definito, l'utilizzo di un tono emozionale adeguato, un formato accattivante, l'utilizzo di messaggi chiari ed intensi ed una adeguata ripetitività.

2. Regolamentazioni per il controllo del tabacco:

Le normative di controllo del tabacco hanno ottenuto importanti risultati quali il miglioramento della qualità dell'aria degli ambienti chiusi (bar, ristoranti, ecc..), la riduzione degli effetti negativi sulla salute dei non fumatori, la riduzione del consumo di sigarette, la riduzione del numero di fumatori, l'aumento dei fumatori che hanno sperimentato tentativi di disassuefazione ed un cambiamento importante circa l'accettabilità sociale del fumo. Esiste, inoltre una importante correlazione tra l'implementazione di leggi smoke-free e la riduzione del numero degli infarti (IOM, 2009), nonché una riduzione delle patologie polmonari e dei tumori polmonari.

3. Disponibilità di alternative accessibili e low-cost per smettere di fumare:

la dipendenza tabagica è una malattia cronica che, il più delle volte, richiede numerosi interventi e ripetuti tentativi di cessazione pertanto si rende necessario l'utilizzo di approcci che non vadano a pesare economicamente eccessivamente sui pazienti mantenendo al contempo un buon livello di efficacia. L'intervento del counselling antitabagico si è dimostrato uno strumento di facile utilizzo oltre che di comprovata efficacia capace di raggiungere un'ampia porzione della popolazione dei fumatori. Tale intervento combinato con terapie farmacologiche può arrivare a duplicare i tassi di astinenza rispetto all'utilizzo di tali approcci separatamente. Anche i servizi di cessazione telefonica (quitlines) si sono dimostrati interventi di buon livello costo-efficacia poiché raggiungibili dalla maggior parte della popolazione, in grado di fornire adeguate indicazioni e suggerimenti ed inviare ai centri antifumo territoriali.

4. Tassazione dei prodotti del tabacco:

una delle strategie più efficaci per ridurre la prevalenza del fumo, specie tra i giovani e tra quelle fasce di popolazioni economicamente "più sensibili" è l'aumento del prezzo dei prodotti del tabacco (Zaza et al., 2005). L'aumento della tassazione incide nel ridurre l'iniziazione oltre che la prevalenza e l'intensità del comportamento tabagico tra i giovani. Un aumento del prezzo delle sigarette del 10% ha evidenziato, da diverse ricerche in letteratura, una riduzione del consumo di sigarette dal 3% al 5% con maggiore sensibilità per le fasce della popolazione più giovane.

5. Promozione e la pubblicità diretta ed indiretta dei prodotti del tabacco:

la pubblicizzazione diretta ed indiretta dei prodotti del tabacco determina un aumento nei consumi (NCI, 2008). L'implementazione del divieto di pubblicizzazione dei prodotti del tabacco ha portato in alcuni Stati ad una riduzione del consumo fino al 5.4%. Pertanto le evidenze suggeriscono la necessità di una revisione delle regolamentazioni delle attività di marketing di tali prodotti al fine di incidere efficacemente sul comportamento tabagico.

2.5 L'era delle sigarette elettroniche

Martina Di Pieri

Visto l'emergere sempre più rilevante del problema legato alla sigaretta elettronica, viste le molte segnalazioni che riportano la presenza sempre più insistente anche all'interno degli spazi scolastici di questi nuovi dispositivi, è importante prendere in considerazione ed approfondire tale argomento. Il problema è legato in parte all'assenza di leggi che determinino o meno il loro utilizzo nei luoghi pubblici, oltre che alla non dimostrata non pericolosità di tali sigarette.

Le sigarette elettroniche sono nate nel 2003 in Cina (in cui è vietata la vendita!), con la finalità di imitare il sistema di inalazione della nicotina evitando gli effetti dannosi derivanti dalla combustione del tabacco. Le sigarette elettroniche che si trovano oggi in commercio sono di diverse tipologie e possono essere utilizzate sia con cartucce che contengono nicotina, sia con cartucce che contengono sostanze alle diverse essenze, ma prive di nicotina. Oggi la sua diffusione ha raggiunto livelli mondiali, con l'apertura di molti negozi ad hoc, ma soprattutto per la sua facile reperibilità su internet, anche a prezzi molto bassi (si va dai 20 ai 100 euro circa). Oltre alle classiche sigarette, si trovano in vendita anche i sigari e le pipe elettroniche. Questi dispositivi vengono venduti e pubblicizzati come aiuti per smettere di fumare, da una parte, e come modalità di fumo che evita i rischi e i danni legati al fumo passivo o secondario, proprio perché non vi sarebbe la combustione diretta del tabacco, ma solo emissione di vapore.

E' interessante a questo proposito riportare uno stralcio dell'aggiornamento scientifico redatto dall'Istituto Superiore di Sanità in merito alla pericolosità delle sigarette elettroniche: *“le sigarette elettroniche sollevano preoccupazioni per la salute pubblica, per il fatto che potrebbero rappresentare un rischio di iniziazione al fumo di sigaretta convenzionale a base di tabacco e di potenziale dipendenza dalla nicotina.*

Il rischio è notevole soprattutto per i giovani, considerando la facilità di reperimento su internet di questi articoli proprio da parte di giovani clienti, che navigano in rete per molto più tempo rispetto agli adulti. Inoltre, le sigarette elettroniche potrebbero riattivare l'abitudine al fumo per gli ex-fumatori. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le sigarette elettroniche che imitano la sigaretta convenzionale, come sistemi elettronici di somministrazione di nicotina e raccomanda ai fini dell'utilizzo in luoghi pubblici di tali sistemi contenenti nicotina l'adozione delle stesse restrizioni previste per ridurre il fumo convenzionale di seconda mano. Inoltre, l'OMS ritiene che, sebbene i produttori vendano questi dispositivi efficaci che aiutano a smettere di fumare, **ad oggi non esiste nessuna evidenza scientifica sufficiente a stabilirne la sicurezza d'uso e l'efficacia come metodo per la disassuefazione da fumo e andrebbero regolamentati come dispositivi medici o prodotti farmaceutici e non come prodotti del tabacco**”.

In Italia, attualmente, vige solamente il divieto di acquisto ai minori di 18 anni. Se diamo uno sguardo agli altri Paesi ecco come si stanno muovendo nei confronti delle e-cigarettes:

- Belgio, Danimarca, Estonia, Germania, Ungheria, Austria, Slovenia, Finlandia, Portogallo e Svezia: le sigarette contenenti nicotina sono gestite integralmente o parzialmente come prodotti farmaceutici.
- Francia: regolamentate solo se utilizzate a scopo terapeutico per smettere di fumare.
- Regno Unito e Lettonia: in via di regolamentazione.
- Australia, Canada, Norvegia, Brasile, Cina, Thailandia, Uruguay, Singapore, Turchia le sigarette elettroniche sono attualmente vietate in attesa di una valutazione definitiva.
- Stati Uniti d'America: in attesa di una valutazione alcuni Stati hanno adottato disposizioni specifiche per limitarne l'accesso ai giovani.

Questo scenario cambia sicuramente per chi da molti anni è impegnato nella promozione della salute e della prevenzione del tabacco, soprattutto rivolta ai giovani, perché apre spazio alla possibilità non di smettere di fumare, ma alla possibilità di continuare o riprendere a fumare, visto che il messaggio è di un dispositivo che “fa meno male” della sigaretta classica. Cosa questa che come si diceva poc'anzi è tutt'altro che ancora dimostrata.

Anzi dal rapporto dell'OMS del 2010 già si leggeva la preoccupazione che questi nuovi dispositivi inducano anche chi ha smesso di fumare a riprendere. Inoltre, riguardo agli effetti collaterali si legge che i danni a breve termine sono: cambiamenti nella funzionalità respiratoria, costrizione o infiammazione delle vie aeree. Bisognerà adesso prendere in considerazione gli effetti a lungo termine, ovviamente non ancora studiati, e nel frattempo gli organismi regolatori internazionali dovrebbero prendere provvedimenti legislativi in attesa di prove di efficacia come dispositivo utile ai fini dello smettere di fumare (Vardavas et al., 2012).

In Italia, intanto iniziano a essere estesi i divieti di fumo anche alle e-cigarettes: dall'Ospedale dell'Az.ULSS 4 Alto Vicentino, ad alcuni cinema in provincia di Verona, al Comune di Lomazzo (nei luoghi pubblici); per finire con le grandi aziende di Trenitalia, Alitalia e Ntv.

Inoltre, da un punto di vista legislativo il pubblico ministero Raffaele Guariniello, sta portando avanti un'inchiesta sulla pericolosità dell'e-fumo, formulando la seguente proposta al Ministero della Salute: all'articolo 51 della legge 3 del 2003 sul divieto di fumo non si cita espressamente il fumo di tabacco. Quindi il divieto può essere esteso a tutte le sostanze.

La cosa preoccupante è, come sottolineato dall'ISS, che questa nuova moda è molto attraente per i giovani, perché punta anche sulla tecnologia più moderna, e si sa bene quanto i ragazzi siano i primi acquirenti e utilizzatori di nuovi dispositivi all'ultimo grido. Se si dà uno sguardo su internet, si legge che a Natale è stato uno dei regali più richiesti e ricevuti dai ragazzi. Questo deve portare tutti gli operatori impegnati in tale ambito ad interrogarsi su come cambierà la prevenzione di fronte a questa nuova modalità di fumare. Certo è che sta perdendo anche l'aspetto della trasgressione che avevano le classiche bionde, con tutta la sfera psicologica conseguente.

Risposte certe ancora non ci sono, ma dobbiamo seriamente prendere in considerazione negli interventi di promozione alla salute anche questo emergente aspetto e discuterne direttamente con i ragazzi per meglio capire dal loro punto di vista come vedono la questione.

In particolare, preme sottolineare che da molti anni sia la Scuola che la Sanità sono alleati nell'affrontare il problema del tabagismo, soprattutto impegnandosi in attività di promozione della salute, che prevedono di aumentare nei ragazzi i fattori di protezione rispetto ai comportamenti a rischio, ossia andando a stimolare le cosiddette life skills, abilità di vita. Si vuole ricordare che l'esempio e il modello che gli adulti significativi trasmettono ai bambini e ragazzi è molto importante, e la coerenza è indispensabile quando si tratta di formare i giovani alla capacità di coping, di far fronte a quelle situazioni rischiose in cui si è chiamati a prendere delle decisioni in maniera responsabile per il proprio benessere. È indispensabile, quindi, “non mandare in fumo” l'esperienza e il grande lavoro portato avanti in tutti questi anni.

Nel 2012 il Ministero della Salute ha esteso il divieto di vendita delle E-cig dai 16 ai 18 anni, basandosi sulle conclusioni tratte dall'approfondimento scientifico richiesto all'Istituto Superiore di Sanità-ISS: “L'Istituto Superiore di Sanità ha fornito le proprie valutazioni, proponendo una metodologia per la valutazione della pericolosità che prevede l'applicazione di un modello che misura l'assorbimento di nicotina dalle diverse cartucce disponibili, considerando il ricorso alla sigaretta elettronica da parte di “fumatori” a moderata, media e forte intensità di utilizzo.

Lo studio condotto dall'ISS ha evidenziato come, anche per i prodotti a bassa concentrazione, la dose quotidiana accettabile di nicotina – come determinata dall'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (Efsa) – è superata anche solo con un **uso moderato delle sigarette elettroniche**. Tale evidenza è ancora più significativa negli adolescenti. Quindi non si possono escludere effetti dannosi per la salute. Il Ministero della Salute ha chiesto in seguito un ulteriore parere al Consiglio Superiore di Sanità.

In particolare, il Consiglio Superiore di Sanità dovrà valutare lo studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in merito alla pericolosità delle sigarette elettroniche nonché stabilire se le sigarette elettroniche, e le ricariche contenenti nicotina o altre sostanze, possano ricadere nella definizione di “medicinale per funzione”, pur in assenza di un'esplicita destinazione d'uso in tal senso da parte del responsabile dell'immissione in commercio. Il Consiglio Superiore di Sanità ha iniziato l'esame della questione il 19 marzo scorso” (Tratto da “Il Sole 24 ore”. <http://salute24.ilsole24ore.com>).

Con l'Ordinanza del 26 giugno 2013, il Ministero della Salute ha ribadito il Divieto di vendita di sigarette elettroniche con presenza di nicotina ai minori di 18 anni e ne ha stabilito il divieto di utilizzo nei locali chiusi delle Istituzioni Scolastiche. Questo perché "Il Consiglio Superiore di Sanità ha raccomandato e prescritto che venga vietato l'utilizzo nelle scuole al fine di non esporre la popolazione scolastica a comportamenti che evocano il tabagismo" (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 2013).

Bibliografia

AA.VV., a cura del Ministero della Salute, *Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Un programma di prevenzione a servizio dei cittadini*. 2008.

Ames SL, Franken IHA, Coronges K., *Implicit cognition and drugs of abuse*. In: Wiers RW, Stacy AW, editors. *Handbook of Implicit Cognition and Addiction*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 2006:363–78.

Bonino S. et al, *Adolescenti e rischio*. Firenze, Edizione Giunti, 2003.

Bonino S., Cattellino E., *I comportamenti a rischio per la salute ed a rischio psicosociale in adolescenza*. Regione Piemonte, 1998.

Bonino S., *Il rischio nell'adolescenza: bacco in tshirt*. *Psicologia Contemporanea*, 150, 18-25, 1998.

Bonino S., *Il rischio nell'adolescenza: l'erba leggera*. *Psicologia Contemporanea*, 151, 40-48, 1999.

Borca et al., *I comportamenti a rischio in adolescenza. Prospettive teoriche e ricerche*. In Orlandini D., Nardelli R., Potente R., (a cura di), *Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti*. Milano-Ve: Graph Photo, 2001.

CDC – Center for Disease Control , *Surgeon General's Report—Preventing Tobacco Use Among Young People*. Atlanta, 1994.

CDC – Center for Disease Control, *Surgeon General's Report—Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults*. Atlanta, 2012.

Cochrane Tobacco Addiction Group, Centro Cochrane Italiano, *Prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani*. *Effective Health Care*, edizione italiana, Zadig editore, vol. 4 n.3 maggio-giugno 2000.

Davis KC., Nonnemaker JM., Farrelly MC., *Association between national smoking prevention campaigns and perceived smoking prevalence among youth in the United States*. *Journal of Adolescent Health* 2007; 41(5):430–6.

Emery S., Wakefield MA., Terry-McElrath Y., Saffer H., Szczypka G., O'Malley PM., Johnston LD., Chaloupka FJ., Flay B., *Televised state-sponsored antitobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United States, 1999–2000*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2005;159(7):639–45.

Farrelly MC., Heaton CG., Davis KC., Messeri P., Hersey JC., Haviland ML., *Getting to the truth: evaluating national tobacco countermarketing campaigns*. *American Journal of Public Health* 2002;92(6):901–7.

Farrelly MC., *Monitoring the tobacco use epidemic V. The environment: factors that influence tobacco use*. Preventive Medicine 2009;48(1 Suppl):S35–S43.

Flay BR., Petraitis J., *The theory of triadic influence: a new theory of health behavior with implications for Preventive interventions*. In: Albrecht GL, editor. *Advances in Medical Sociology: A Reconsideration of Health Behavior Change Models*. Vol. 4. Greenwich (CT): JAI Press, 1994:19–44.

Gazzetta Ufficiale della RI., 29-07-2013, serie generale - N.176, p.p. 86-87.

Gremigni P., *Ragioni per non fumare in adolescenza: un'analisi dei profili di cluster*. Tabaccologia, 3; 25-31, 2007.

Il Sole 24 ore. Colasanto C., <http://salute24.ilsole24ore.com>; *Sigarette elettroniche, il "No nei luoghi pubblici". Fioccano i divieti*. 25 gennaio 2013.

IOM-Institute of Medicine - Report "Secondhand smoke exposure and cardiovascular effect: making sense of the evidence" 15/10/2009.

ISS - *Relazione dettagliata sulle caratteristiche e sul funzionamento della sigaretta elettronica*; 20 dicembre 2012.

Manning P., Goodman P., Kinsella T., Lawlor M., Kirby B., Clancy L., *Bronchitis symptoms in young teenagers who actively or passively smoke cigarettes*. Irish Medical Journal 1998;95(7):202–4.

Meshack AF., Hu S., Pallonen UE., McAlister AL., Gottlieb N., Huang P., *Texas Tobacco Prevention Pilot Initiative: processes and effects*. Health Education Research 2004;19(6):657–68.

Mirandola M., Campostrini S., Furegato M., Baldassari D. (a cura di), *I Giovani in Veneto. Approfondimento dei risultati dell'indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010 dell'Organizzazione Mondiale della sanità sui giovani di 11, 13 e 15 anni*. Cierre edizioni, Verona, 2010.

NCI National Cancer Institute. *The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use*. Tobacco Control Monograph No. 19. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2008. NIH Publication No. 07-6242.

Niederdeppe J., Farrelly MC., Haviland ML., *Confirming "truth": more evidence of a successful tobacco countermarketing campaign in Florida*. American Journal of Public Health 2004;94(2):255–7.

OMS-FCTC. *Control and prevention of smokeless tobacco products and electronic cigarettes*. Report by the Convention Secretariat. 15 settembre 2010.

Pellai A. et al., *Comportamenti e stili di vita degli adolescenti italiani*. ASL Provincia di Milano 1, 2001.

Petraitis J., Flay BR., Miller TQ., *Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the Puzzle*. Psychological Bulletin 1995;117(1):67–86.

Pierce JP, Choi WS., Gilpin EA., Farkas A.J., Merritt RK., *Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States*. Health Psychology 1996;15(5):355–61.

Popham WJ., Potter LD., Hetrick MA., Muthén LK., Duerr JM., Johnson MD., *Effectiveness of the California 1990– 1991 tobacco education media campaign*. American Journal of Preventive Medicine 1994;10(6):319–26.

Ravenna M., *Adolescenti e droga*. Bologna, Il Mulino, 1993.

Ravenna M., *Adolescenza e sostanze psicoattive: prospettive teoriche e di ricerca*. In Orlandini D., Nardelli R., Potente R., (a cura di), *Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti*, Mirano-Ve: Graph Photo, 2001.

Ravenna M., Palmonari A., *Esperienza della “notte” e ricerca di eccitazione nelle attività di loisir di adolescenti e giovani*. Comunicazione presentata al convegno “I percorsi della notte”, Bologna, 23-24 ottobre, 1998.

Ravenna M., *Psicologia delle tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino, 1997a.

Ravenna M., *Uso di sostanze psico-attive nel tempo libero: indagini su ambienti giovanili nella provincia di Ravenna*. Ravenna: STEAR, 1997b.

Regione del Veneto, *L'abitudine al fumo in Veneto. I dati del sistema di sorveglianza PASSI 2012*. 2013. Consultabile in http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=7e5135d4-7958-4797-a8c5-7ff158b98c42&groupId=10793.

Sly DF, Arheart K., Dietz N., Trapido EJ., Nelson D., Rodriguez R., McKenna J., Lee D., *The outcome consequences of defunding the Minnesota youth tobacco-use prevention program*. Preventive Medicine 2005;41(2):503–10.

Sly DF, Hopkins RS., Trapido E., Ray S., *Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: the Florida “truth” campaign*. American Journal of Public Health 2001b;91(2):233–8.

Solomon LJ., Bunn JY., Flynn BS., Pirie PL., Worden JK., Ashikaga T., *Mass media for smoking cessation in adolescents*. Health Education & Behavior 2009;36(4): 642–59.

Steinberg L., *Risk taking in adolescence: what changes, and why?* Annals of the New York Academy of Sciences 2004;1021:51–8.

Vardavas CI., Anagnostopoulos N., Kougias M., Evangelopoulou V., Connolly GN., Behrakis PK., *Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: impact on respiratory flow resistance, and exhaled nitric oxide*. Chest. 2012 Jun; 141(6): 1400-6.

Consultabile in <http://journal.publications.chestnet.org/data/journals/CHEST/24233/112443.pdf>; Accessed 12 november 2012.

Waters AJ., Sayette MA., *Implicit cognition and tobacco addiction*. In: Wiers RW, Stacy AW, editors. Handbook of Implicit Cognition and Addiction. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 2006:309–38.

White VM., Hopper JL., Wearing AJ., Hill DJ., *The role of genes in tobacco smoking during adolescence and young adulthood: a multivariate behaviour genetic investigation*. Addiction 2003;98(8):1087–100.

Wiers RW., Houben K., Smulders FTY., Conrod P.J., Jones B.T., *To drink or not to drink: the role of automatic and controlled cognitive processes in the etiology of alcohol-related problems*. In: Wiers RW, Stacy AW, editors. *Handbook of Implicit Cognition and Addiction*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 2006:339–61.

Zaza S., Briss PA., Harris KW., editors. *Tobacco*. In: *The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?* Atlanta (GA): Oxford University Press; 2005:3–79.

Sitografia

www.guadagnaresalute.it

www.fumo.it

www.epicentro.iss.it

www.nonfumatori.it

www.ministerosalute.it

www.tuttiliberi.it

www.ossfad.iss.it

www.legatumori.it

www.istitutotumori.mi.it

www.inadolescenza.it

www.exsmoker.eu

Capitolo 3

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LE ABILITÀ SOCIALI A SCUOLA

Michela Possamai

Nel Veneto, come in Italia ed in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione di “salute” della popolazione generale e, in particolare, delle giovani generazioni, è un’acquisizione oramai consolidata e sempre più motivata anche dal punto di vista della sua rilevanza “educativa”, trasversale ai contesti formativi della scuola e della famiglia.

Vari modelli di sorveglianza nutrizionale ad esempio, pensiamo per eccellenza al Progetto “Okkio alla salute”¹ e già prima allo Studio Multicentrico del 2004 nell’ambito del Piano Triennale per la Sicurezza Alimentare della Regione del Veneto, ed attività di indagine, quali lo studio *Health Behaviour in School-Aged Children Network (HBSC)*², hanno permesso di evidenziare la necessità dell’attività di “prevenzione” in ambito di educazione alla salute, coinvolgendo in questa *alleanza per la salute*, sincreticamente, il mondo della scuola e quello della salute, i ricercatori, gli amministratori, le comunità, le diverse professionalità, la comunità.

Nell’ottica di un’evoluzione di un sistema regionale “Scuola – Salute” già ben collaudato, in intese e promozioni di azioni per la salute dei giovani, a cominciare dai contesti scolastici e dai *setting* educativi, anche il Veneto ha saputo cogliere, non ultimo nel programma Interministeriale *Guadagnare Salute*, più occasioni per rivedere complessivamente la variegata ed articolata realtà dell’offerta formativa e dei progetti di intervento fin qui attuati. Tale analisi, recentemente è stata sollecitata dall’esperienza seminariale “Scuola e Salute a confronto. Tanti tessitori, una rete”³, svoltasi a Torino nel 2010, che ha rifocalizzato l’attenzione, sia dei referenti della scuola che di quelli della salute, sulla coprogettazione e sulla copartecipazione nella programmazione e nelle azioni di promozione del salute, in attuazione degli input nazionali, locali ed europei, per tramite dei rispettivi Ministeri ed Assessorati di competenza.

Il tema della prevenzione e della promozione della salute, che qui ci interessa, nasce quindi di per sé trasversale a molte azioni messe in campo sia dall’USR per il Veneto che dalla Regione, costituendone filo conduttore, e a progettualità specifiche e dedicate, disseminate nei territori e nelle singole scuole autonome.

Non ultimo, la recente formazione “*Peer education: strumento efficace di promozione della salute*”, realizzatasi in due edizioni, svoltasi nel mese di maggio 2013 a Venezia e a Padova ha riaccessato il confronto sulle prassi e sul dialogo interistituzionale intorno ad una strategia educativa, la *peer education* a scuola, agente di cambiamento determinante anche nelle questioni di salute.

La filosofia di fondo che anima questo nostro contributo si poggia, pertanto, su alcuni principi:

- **La salute è un bene individuale da promuovere collettivamente: la sua mancanza ha un costo fisico, psicologico, affettivo e sociale molto alto**
- **Il benessere è uno stato di vita della persona indispensabile: il suo realizzarsi e mantenersi lungo l'intero ciclo di vita richiede la partecipazione attiva di tutti i cittadini**
- **Solo scelte e pratiche educative forti, condivise e quotidiane producono realmente dei cambiamenti inerenti lo stato di salute e di benessere delle giovani generazioni.**

Quest’ultimo assunto, in particolare, animerà le riflessioni presenti nei successivi paragrafi, sottolineando le prospettive ed i modelli di lavoro attinenti le linee di indirizzo dei curricula di scuola e le raccomandazioni europee concernenti contenuti e temi di salute.

1) R. Galesso, C. Serra, S. Tessari, O. Cora, A. Vanzo, C. Verzellotti, (a cura di), OKkio alla SALUTE. Risultati dell’indagine 2010, Regione Veneto.

2) Cfr. G. Miola, M. Mirandola, M. Santinello, (a cura di), Salute e Scuola. Approfondimento dell’indagine HBSC 2002 sui giovani di 11, 13, 15 anni, Regione del Veneto, Verona, Cierre Distribuzione Editoriale, 2006.

3) R. B. Finocchiaro (a cura di), Scuola e Salute a confronto. Tanti tessitori, una rete, Firenze, Giunti Editore, 2011.

3.1 Mandato educativo

“L'educazione alla salute è un'azione politica, sociale ed educativa che: rafforza la consapevolezza pubblica sulla salute, incentiva gli stili di vita sani e l'azione della comunità in favore della salute, e rafforza il potere della persona rispetto all'esercizio dei propri diritti e responsabilità nel modellare gli ambienti, i sistemi e le politiche che conducono alla salute e al benessere.”
Aboud, 1998

Poiché è acquisizione condivisa che il concetto di salute, in generale, non è più da intendersi come benessere fisico, psicologico e sociale, bensì come un insieme di abilità e di competenze utili per affrontare la vita, è opportuno perciò *immaginare un nuovo approccio alla prevenzione primaria e all'educazione*. Ciò determina un vero e proprio cambio di prospettiva secondo il quale si tratta di *“essere la prevenzione”* più che di *“fare la prevenzione”*. L'atteggiamento dell'educatore dovrebbe diventare, pertanto, connotato dalla capacità di costruire dei valori e delle pratiche di salute a scuola, in grado di accompagnare i bisogni dei giovani più che di rilevare una serie di difficoltà e di patologie da rimettere ai cosiddetti *“esperti della salute”*, che esternamente intervengono o dovrebbero intervenire a scuola, del tutto estranei spesso al contesto della progettazione educativa quotidiana. *“Essere nella prevenzione”* vuol dire anche accettare che il problema o il disagio non appartenga a chi lo sta vivendo ma che sia sintomo di un sistema che lo sta manifestando e come tale pubblicamente e politicamente richiede di essere, con lungimiranza, oggi più che mai, affrontato coralmemente. Chi sta dal punto di vista educativo nella prevenzione, ma anche sanitario, guadagna dall'abbandono di approcci disciplinari a favore dell'aumento dei fattori di protezione, prime fra tutti le cosiddette *Life Skills*⁴, ritenute dalla letteratura le più adatte allo sviluppo di competenze emotive e prosociali per la vita e per il benessere di ciascuno, *life long learning*.

L'uso di sostanze, le dipendenze, dal tabagismo all'alcolismo, le nuove forme di annichilimento giovanile, adolescenze a rischio⁵ sono infatti correlate ad atteggiamenti e predisposizioni che si sviluppano precocemente e che, tramite esperienze educative, possono essere corrette in modo positivo e protettivo. Nel passaggio dall'infanzia alla vita adulta l'adolescente di oggi si trova ad affrontare rischi, utilizzando risorse e *“abiti”* molto diversi da quelli sperimentati dalle generazioni precedenti; lo sguardo rivolto sempre più solo al futuro e mai al passato si traduce con comportamenti che spesso temono più la noia che la vergogna, ove comunque la creatività personale può ancora diventare uno strumento di crescita. Adolescenze narcisistiche, anziché edipiche⁶, nei nuovi adolescenti, insieme spavaldi e temerari, delicati e fragili, in tutto diversi dai ragazzi e dagli studenti degli scorsi anni, provenienti invece da un'infanzia considerata più come stagione da superare, antagonista della stessa autonomia e crescita personale. La rabbia degli adolescenti di oggi si esprime, invece, non eterodiretta, primariamente sotto il profilo del corpo, oggetto trasformato con il *piercing*, con lo sport ossessivo, con la ricerca morbosa di magrezza e di performance fisiche come potenti simboli di proiezione e di successo per il futuro. L'investimento ha un profilo immediatamente ed individualmente solo proprio e si esibisce nella frequente incapacità di addestramento alla relazione significativa con gli altri, alla capacità di provare empatia con l'altro da sé. La Scuola è terreno privilegiato perché raccoglie attorno a sé questa umanità di adolescenti e di fragilità e con essi la comunità, dalla famiglia al territorio, dai servizi alle istituzioni, che li accompagna, spazi vitali ed irrinunciabili in cui ogni persona può riconoscere le proprie

4) Per Life Skills si intendono, secondo le indicazioni dell'OMS del 1993, le abilità psicosociali di tipo personale, cognitiva, affettiva e relazionale di ogni individuo tali da consentirgli di affrontare positivamente i compiti evolutivi e le richieste quotidiane. Cf. G. Boda, Life Skills e peer education, Firenze, La Nuova Italia, 2001.

5) G. Pietropoli Charmet, Fragile e spavaldo. Ritratto dell'educazione di oggi, Bari, Laterza, 2009.

6) Ibidem.

attitudini ed orientarle nel senso della promozione e della valorizzazione di sé.

Ciò facendo, la Scuola traduce l'auspicio dell'OMS, dotando precocemente ogni studente di un *curricolo di base*, di padronanza di competenze idonee a fare fronte, lungo tutto l'arco della vita, alle sollecitazioni positive e negative dei contesti esperienziali, in modo da tutelare il proprio benessere fisico, mentale, psicologico e, non ultimo, etico e morale.

Il primo fattore protettivo, infatti, in termini di salute, su cui investire a scuola è proprio il singolo studente, il suo percorso evolutivo scandito dalla padronanza delle *competenze chiave di cittadinanza e dall'esercizio consapevole di abilità sociali*. E parimenti, il fattore più potente di prevenzione del disagio e della patologia è lo studente stesso con la propria capacità di riconoscere e gestire le situazioni, specie se a rischio, nel modo più efficace, non solo nel proprio interesse di salute, ma anche in quello dei pari, dei gruppi allargati e della comunità più ampia, rispetto al contesto di vita in cui egli vive, cresce, si relaziona.

Poiché tutte le persone in età evolutiva sono interessate dall'esperienza scolastica, la Scuola li intercetta in modo privilegiato rispetto ad altre agenzie educative: in quale altro luogo fisico, infatti, tenuto conto del compito istituzionale proprio a cui la Scuola è chiamata, i minori trascorrono pari quantità di tempo di vita in maniera così significativa?

Con quali modalità e disposizioni il mandato di salute, insito al contesto educativo e di istruzione formale rappresentato dalla Scuola, può trovare quindi conferma ed applicabilità?

Approcciarsi a tale questione significa toccare l'essenza stessa dell'educazione e del compito di istruzione per tutte le istituzioni che, come la Scuola, si occupano dei giovani, nella misura in cui ci allineiamo, prima che alle disposizioni ministeriali del sistema scolastico italiano, alle raccomandazioni europee.

Il richiamo comune da esse sotteso ribalta, infatti, *la questione più che sulla promozione della salute a scuola alla qualità stessa degli apprendimenti per la vita*, per la collocazione nel mondo del lavoro, per l'esercizio pieno dell'autonomia e della responsabilità di ogni persona.

I sistemi di educazione, istruzione e formazione come la Scuola sono quindi chiamati, in via prioritaria, ad occuparsi di persone in evoluzione, di studenti che, *sui banchi di scuola*, apprendono compiti di sviluppo delicati ed altissimi: competenze per la vita, appunto.

Dal quadro delle sollecitazioni europee⁷ emerge una chiara indicazione per cui:

- *il mandato dei sistemi di educazione e di istruzione non può che rispondere alla prospettiva della competenza, nella cui padronanza ogni apprendimento acquista reale significato;*
- *la prima finalità dell'educazione, e a seguire dell'istruzione, è la competenza stessa;*
- *acquisito che l'essenza della competenza è rappresentata dalle abilità e capacità personali, relazionali e sociali nonchè dall'esercizio effettivo dell'autonomia e della responsabilità, ogni azione educativa, ivi compresa la promozione della salute a scuola, deve entrare a pieno titolo nello sviluppo del curricolo di scuola;*
- *la consapevolezza e la pratica del rispetto della propria salute, dell'altro, dell'ambiente circostante, della comunità nel suo complesso esige tempi lunghi di apprendimento;*

7) L'Unione Europea si è interessata al tema delle competenze in educazione sin dalla fine degli Anni Novanta, focalizzando la sua attenzione alla valorizzazione del cosiddetto "capitale umano" come fattore determinante per lo sviluppo di sé e dell'occupabilità. Ci si riferisce qui, in particolare, alle riflessioni di Jacques Delors, contenute nel Rapporto all'UNESCO del 1996 da parte della Commissione Internazionale sull'Educazione per il Ventunesimo secolo, meglio conosciuto, nella sua traduzione italiana, *Nell'educazione un tesoro*, Roma, Armando editore, 1997.

- in tal senso, *qualsiasi forma di apprendimento fondato su semplici assunzioni di contenuti mediante esercitazioni ed applicazioni procedurali non promuove lo sviluppo di atteggiamenti e di comportamenti funzionali alla protezione di sé e della propria salute;*
- l'efficacia degli interventi educativi si sostanzia nello sviluppo di *esperienze concrete di acquisizione di competenze*, qualunque sia la disciplina di insegnamento.

Solo con questa chiave di accesso, la promozione della salute può veramente lasciare traccia significativa a scuola: tutti partecipano alla costruzione del curricolo per competenze, in coerenza con le indicazioni normative di riferimento, *verso comuni traguardi di sviluppo delle competenze chiave*⁸. Questa prospettiva è ben evidente nelle definizioni del concetto di competenza e di apprendimento nei riferimenti europei che traggono iniziale spunto dalle concezioni desunte dalla formazione permanente e dal contesto più strettamente lavorativo⁹.

In particolare, al fine di meglio definire il *mandato di promozione di salute a scuola*, appare qui opportuno segnalare, nel dare conto della complessità semantica insita nel concetto stesso di *competenza*, alcune più recenti sue utilizzazioni.

1. *Il concetto di competenza non è separabile dall'apprendimento per competenze*: sempre più spesso, la società ed i cambiamenti del mondo del lavoro, le sfide dell'occupazione nel mondo globalizzato, in particolare, ripropongono come essenziale la formazione delle giovani generazioni sul "saper fare" piuttosto che solo sul "sapere", con la conseguente valorizzazione delle esperienze di applicazione dei contenuti a situazioni reali, o simulate, su cosiddetti compiti di realtà;

2. *Il concetto di competenza non è separabile dall'esperienza dell'esercizio della competenza stessa*: una competenza trae vita solo dal suo "mettersi in moto" ed acquista peso e valore rispetto alla sua trasferibilità in una situazione ignota¹⁰. La competenza è da intendersi, infatti, come la capacità di far fronte ad un compito o a un insieme di compiti, riuscendo a mobilitare e ad orchestrare le proprie risorse interne, cognitive, affettive e volitive e a utilizzare le risorse esterne disponibili in modo coerente e fecondo¹¹.

3. *Il concetto, l'apprendimento e l'esercizio di competenza sono facce della stessa medaglia*: nell'atto educativo e nelle pratiche di istruzione, nella valorizzazione autentica del capitale umano, determinante è la necessità di reperire esperienze scolastiche da cui emergano abilità e conoscenze in grado di documentare ciò che le persone realmente "sanno fare".

4. *Nel descrivere la competenza, descriviamo la persona competente* ovvero la soggettività del singolo individuo nel mettere a frutto le proprie conoscenze ed abilità in vista del raggiungimento di un fine o di un prodotto¹².

Possiamo così alimentare e sostenere, nell'esercizio del mandato educativo proprio della scuola, la definizione di J. Delors del 1996 intendendo "La competenza, cioè un mix, specifico per ciascun individuo, di abilità nel senso stretto del termine, acquisita attraverso la formazione tecnica e professionale, di comportamento sociale, di un'attitudine al lavoro di gruppo, d'iniziativa e disponibilità ad affrontare rischi."¹³

8) Vedi la Premessa alle Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione 2012, www.istruzione.it e www.istruzioneveneto.it

9) Vedi F. Da Re, "Didattica delle competenze per una formazione efficace", in *Formare giovani autonomi e responsabili: la didattica per competenze in Veneto*, USR Veneto, 2009, capitolo 2. Il contributo in pdf è scaricabile dal sito www.piazzadellecompetenze.net

10) Cf. la definizione di competenza in M. PeIlerey, *Progettazione formativa: teoria e metodologia – ricerca ISFOL-CLISE – 1983*; emerge qui, ad esempio, la contestualizzazione all'ambito lavorativo, ove "le competenze finali si presentano come un insieme integrato di conoscenze, abilità e atteggiamenti, insieme necessario ad esplicare in maniera valida ed efficace un compito lavorativo".

11) Ibidem.

12) Cf. la definizione dell'OCDE, *Qualification et competences professionnelles dans l'enseignement technique et la formation professionnelle. Evaluation et certification*, Paris, 1996.

13) J. Delors, *Nell'educazione un tesoro*, op.cit.

E' solo l'impiego delle risorse e strategie che rende visibile la competenza delle persone: in tutte le manifestazioni della vita quotidiana, nell'affrontare rischi piuttosto che nell'assumere decisioni e risolvere problemi, si manifesta un *personale modello d'azione per competenze che incide anche sui comportamenti di salute di ciascuno sul senso di autoefficacia*¹⁴.

3.2 Curricula e promozione della salute

“L'educazione alla salute è ogni combinazione organizzata di esperienze di apprendimento posta in essere col fine di stimolare, facilitare e rinforzare gli adattamenti volontari del comportamento di salute individuale e collettivo.”
Green, 1990

L'impostazione “autonoma” attuale¹⁵ relativa alla costruzione dei curricula di scuola, intendendo con essi l'organizzazione e descrizione dell'intero percorso formativo che uno studente compie, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria, nel quale si intrecciano e si fondono i processi cognitivi e quelli relazionali, ha dato un forte impulso alla progettazione di interventi su temi concernenti la promozione della salute a scuola.

Dal 1999, il Piano dell'Offerta Formativa (POF) rappresenta, infatti, il documento fondamentale costitutivo dell'identità culturale e progettuale delle istituzioni scolastiche: esplicita la progettazione curricolare, extracurricolare, educativa ed organizzativa che le singole realtà scolastiche adottano nell'ambito dell'esercizio dell'autonomia.

L'unitarietà del Piano riflette quella del percorso che ogni singolo studente compie sino all'assolvimento dell'obbligo scolastico: tale piano personalizzato non dimentica la peculiarità dei diversi momenti evolutivi nei quali l'apprendimento si svolge, in un progressivo passaggio dall'imparare facendo, alla capacità sempre maggiore di riflettere e formalizzare l'esperienza, attraverso la ri-costruzione degli strumenti culturali e la capacità di utilizzarli, sempre più consapevolmente come chiavi personali di lettura della realtà.

In questa rispondenza e facilitazione, si misura l'efficacia stessa del POF e del curriculum di scuola, che è “coerente con gli obiettivi generali ed educativi dei diversi tipi e indirizzi di studi e riflette le esigenze del contesto culturale, sociale ed economico del territorio”¹⁶.

Questi ultimi assunti, ripresi dagli artt. 3 e 10, in particolare, del DPR 275/99, accolgono di per sé il pensiero sull'essere *la prevenzione a scuola*, più che sul farla¹⁷, corredandola di una naturale conseguenza ovvero la necessità di rendere operativi gruppi di lavoro che individuino la piena partecipazione di tutti i soggetti interessati e fruitori privilegiati delle azioni di “buona salute” a scuola. Se sul piano pedagogico, questo aspetto chiama fortemente in causa, per il tema che qui ci interessa, la piena partecipazione degli studenti nei progetti ed azioni che li riguardano, tramite strategie educative attive, quali la *peer education*, prima ancora esso mette in discussione il modello di trasmissione stessa delle conoscenze e dei contenuti. Quando si parla di curriculum si interviene quindi essenzialmente sul processo di apprendimento – insegnamento, da concepire centrato sugli studenti e non più e non solo su interventi calati e strutturati dall'alto.

14) A. Bandura, Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione, Trento, Erickson, 1996.

15) Cf. il DPR 275/1999, meglio conosciuto come Regolamento dell'autonomia scolastica, che ha introdotto una “nuova stagione” per la scuola italiana, vera e propria innovazione di sistema rispetto alla sua gestione.

16) Ibidem.

17) Ivi, pag. 2.

L'inclusione della promozione della salute nel curricolo di scuola non può che "abitare", pertanto, le finalità stesse del POF nel suo complesso, recependo a pieno titolo le indicazioni dello scenario europeo¹⁸, da un lato, e i provvedimenti ordinamentali e di sistema, legislativi, nazionali.

A tal proposito, vale la pena qui riportare il quadro dei provvedimenti, riguardanti l'istruzione e la formazione, che il MIUR ha emanato dalla fine degli anni Novanta, allo scopo di indirizzare la costruzione dei curricula di scuola verso le competenze chiave europee:

- il già citato DPR 275/99, Regolamento per l'Autonomia delle Istituzioni scolastiche;
- la Legge 425/1997, art.3, così come modificato dalla L. 1/2007, art. 1, comma 1, concernente gli Esami di Stato del secondo ciclo;
- la Legge 53/03, art. 3 ed il D.lvo 59/04, art. 8, attinenti la certificazione delle competenze;
- la Legge 169/08, art. 3 ed il DPR 122/09, art. 8, sulla valutazione degli apprendimenti;
- il D.M. 139/07 sull'elevamento dell'obbligo di istruzione e relativo documento tecnico;
- il DPR 87/2010 sul Riordino degli Istituti Professionali;
- il DPR 88/2010 sul Riordino degli Istituti Tecnici;
- il DPR 89/2010 sul Riordino dei Licei;
- le Direttive n. 57 del 15.07.2010 e n. 65 del 28.07.2010 concernenti, rispettivamente, le Linee Guida per il curricolo del primo biennio degli istituti tecnici e dei professionali;
- l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, su istruzione e formazione professionale;
- l'Intesa in Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010, su istruzione e formazione professionale;
- l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 27 luglio 2011, su istruzione e formazione professionale;
- l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 19 gennaio 2012, su istruzione e formazione professionale;
- le Direttive n. 4 e 5 del 16.01.2012, rispettivamente, Linee Guida per il curricolo del secondo biennio e quinto anno degli istituti tecnici e dei professionali;
- le recenti Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione del 5 settembre 2012.

In particolare, trasversale in tutti i provvedimenti l'assunzione secondo la quale l'Italia recepisce come obiettivo generale del processo formativo del sistema pubblico di istruzione il conseguimento delle seguenti competenze-chiave per l'apprendimento permanente definite dal Parlamento europeo con Raccomandazione del 18 dicembre 2006¹⁹:

- 1) *Comunicazione nella madrelingua;*
- 2) *Comunicazione nelle lingue straniere;*
- 3) *Competenza matematica e competenze di base in scienza e tecnologia;*
- 4) *Competenza digitale;*
- 5) *Imparare a imparare;*
- 6) *Competenze sociali e civiche;*
- 7) *Spirito di iniziativa e imprenditorialità;*
- 8) *Consapevolezza ed espressione culturale.*

18) Cf. Ivi, paragrafo precedente.

19) Vedi la Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 18 dicembre 2006 relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente, in <http://eur-lex.europa.eu>.

La comunicazione nella madrelingua è la capacità di esprimere e interpretare concetti, pensieri, sentimenti, fatti e opinioni in forma sia orale sia scritta (comprensione orale, espressione orale, comprensione scritta ed espressione scritta) e di interagire adeguatamente e in modo creativo sul piano linguistico in un'intera gamma di contesti culturali e sociali, quali istruzione e formazione, lavoro, vita domestica e tempo libero.

La comunicazione nelle lingue straniere condivide essenzialmente le principali abilità richieste per la comunicazione nella madrelingua. La comunicazione nelle lingue straniere richiede anche abilità quali la mediazione e la comprensione interculturale. Il livello di padronanza di un individuo varia inevitabilmente tra le quattro dimensioni (comprensione orale, espressione orale, comprensione scritta ed espressione scritta) e tra le diverse lingue e a seconda del suo retroterra sociale e culturale, del suo ambiente e delle sue esigenze ed interessi.

La competenza matematica è l'abilità di sviluppare e applicare il pensiero matematico per risolvere una serie di problemi in situazioni quotidiane. Partendo da una solida padronanza delle competenze aritmetico-matematiche, l'accento è posto sugli aspetti del processo e dell'attività oltre che su quelli della conoscenza.

La competenza matematica comporta, in misura variabile, la capacità e la disponibilità a usare modelli matematici di pensiero (pensiero logico e spaziale) e di presentazione (formule, modelli, schemi, grafici, rappresentazioni).

La competenza in campo scientifico si riferisce alla capacità e alla disponibilità a usare l'insieme delle conoscenze e delle metodologie possedute per spiegare il mondo che ci circonda sapendo identificare le problematiche e traendo le conclusioni che siano basate su fatti comprovati.

La competenza in campo tecnologico è considerata l'applicazione di tale conoscenza e metodologia per dare risposta ai desideri o bisogni avvertiti dagli esseri umani. La competenza in campo scientifico e tecnologico comporta la comprensione dei cambiamenti determinati dall'attività umana e la consapevolezza della responsabilità di ciascun cittadino.

La competenza digitale consiste nel saper utilizzare con dimestichezza e spirito critico le tecnologie della società dell'informazione per il lavoro, il tempo libero e la comunicazione. Essa implica abilità di base nelle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC): l'uso del computer per reperire, valutare, conservare, produrre, presentare e scambiare informazioni nonché per comunicare e partecipare a reti collaborative tramite Internet.

Imparare a imparare è l'abilità di perseverare nell'apprendimento, di organizzare il proprio apprendimento anche mediante una gestione efficace del tempo e delle informazioni, sia a livello individuale che in gruppo. Questa competenza comprende la consapevolezza del proprio processo di apprendimento e dei propri bisogni, l'identificazione delle opportunità disponibili e la capacità di sormontare gli ostacoli per apprendere in modo efficace. Questa competenza comporta l'acquisizione, l'elaborazione e l'assimilazione di nuove conoscenze e abilità come anche la ricerca e l'uso delle opportunità di orientamento. Il fatto di imparare a imparare fa sì che i discenti prendano le mosse da quanto hanno appreso in precedenza e dalle loro esperienze di vita per usare e applicare conoscenze e abilità in tutta una serie di contesti: a casa, sul lavoro, nell'istruzione e nella formazione. La motivazione e la fiducia sono elementi essenziali perché una persona possa acquisire tale competenza.

Le competenze sociali e civiche includono competenze personali, interpersonali e interculturali e riguardano tutte le forme di comportamento che consentono alle persone di partecipare in modo efficace e costruttivo alla vita sociale e lavorativa, in particolare alla vita in società, sempre più diversificate, come anche a risolvere i conflitti ove ciò sia necessario. **La competenza civica** dota le persone degli strumenti per partecipare appieno alla vita civile grazie alla conoscenza dei concetti e delle strutture sociopolitici e all'impegno a una partecipazione attiva e democratica.

Il senso di iniziativa e l'imprenditorialità concernono la capacità di una persona di tradurre le idee in azione. In ciò rientrano la creatività, l'innovazione e l'assunzione di rischi, come anche la capacità di pianificare e di gestire progetti per raggiungere obiettivi. È una competenza che aiuta gli individui, non solo nella loro vita quotidiana, nella sfera domestica e nella società, ma anche nel posto di lavoro, ad avere consapevolezza del contesto in cui operano e a poter cogliere le opportunità che si offrono ed è un punto di partenza per le abilità e le conoscenze più specifiche di cui hanno bisogno coloro che avviano o contribuiscono ad un'attività sociale o commerciale. Essa dovrebbe includere la consapevolezza dei valori etici e promuovere il buon governo.

Consapevolezza ed espressione culturale riguarda l'importanza dell'espressione creativa di idee, esperienze ed emozioni in un'ampia varietà di mezzi di comunicazione, compresi la musica, le arti dello spettacolo, la letteratura e le arti visive.

La scelta di organizzare il curriculum su competenze chiave, perseguite per tutto l'arco della vita, quindi:

- *è sostenuta dallo scenario europeo, a cui attinge per il suo significato profondamente olistico ed etico insieme: l'Europa restituisce un profilo di cittadino capace di contribuire attivamente allo sviluppo di se stesso, della comunità e della società tramite l'esercizio della cittadinanza attiva²⁰ e per l'inclusione sociale;*
- *è risposta alla esigenza di descrivere le competenze, così come raccomandato in tutti i documenti, sia europei che nazionali, come l'autentico risultato dell'apprendimento, sviluppato come la mobilitazione di conoscenze, abilità, capacità personali, in termini di responsabilità e autonomia²¹;*
- *è filo conduttore unitario, in entrambi i cicli di istruzione pertanto, all'insegnamento/apprendimento, in grado di sciogliere la specificità disciplinare, anche dal punto di vista epistemologico, consentendo un'organizzazione dei contenuti e dei saperi fortemente integrato, valorizzando la didattica interdisciplinare;*
- *dota gli studenti, sin da piccoli a far fronte alle sfide della quotidianità, acquisendo la capacità di gestire situazioni e risolvere problemi in contesti significativi.*

La promozione della salute nei curricula di scuola è un percorso di "educazione" trasversale a tutte le discipline, prevalenti o concorrenti allo sviluppo di una o più competenze chiave che non disorienta, ma orienta le progettualità allo scopo di promuovere nelle giovani generazioni l'impegno, in prima persona, per il benessere proprio ed altrui attraverso, ad esempio, azioni di peer education²².

Una persona in possesso delle competenze chiave è, infatti, più capace di utilizzare i propri strumenti culturali mettendo in atto comportamenti responsabili verso la propria ed altrui salute, nel proprio ruolo nel gruppo e nella comunità, nel rispetto delle norme della corretta convivenza democratica.

20) Cf. Documento di Indirizzo per la sperimentazione dell'insegnamento di "Cittadinanza e Costituzione" del 4.03.2009 in www.istruzione.it.

21) D. Nicoli, M.R. Zanchin, F. Da Re et al., *Formare giovani autonomi e responsabili: la didattica per competenze in Veneto. Esperienze del Veneto 2008-09*, Regione Veneto, MIUR, Venezia 2009, in www.istruzioneveneto.it.

22) Cf. M.C. Forcella, A. Bergamo, P.Zuccaro, *Peer education. Prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive correlate alla guida di moto, motorini, auto*, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2007. La pubblicazione è insita al Progetto regionale On the road, finanziato con Fondo Regionale di Intervento per la lotta alla droga 2003-2005 D.G.R. n.4019 del 30.12.2012.

3.3 Promozione di abilità sociali

Le riflessioni fin qui riportate hanno cercato di contestualizzare l'intenzione di creare un collegamento tra la costruzione "ordinaria" dei curricoli di scuola e la promozione della salute presso le giovani generazioni, compito altrettanto "ordinario", a salvaguardia del diritto alla salute. Le competenze chiave sono necessarie per la realizzazione e lo sviluppo personali e sociali, la cittadinanza attiva, l'inclusione sociale e l'occupazione: tutti fattori che sicuramente contribuiscono all'equilibrio e al benessere psico-fisico.

Per raggiungere questo stato un individuo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

In questo senso, la salute in sé è vista come una risorsa per la vita quotidiana piuttosto che obiettivo del vivere fine a se stesso.

Il concetto chiave, dal punto di vista educativo, della promozione della salute è l'*empowerment*, cioè la crescita delle capacità del singolo e della comunità di gestire i cosiddetti determinanti del proprio ed altrui benessere²³.

Il termine *empowerment* fu introdotto nel 1977 da Rappaport che lo definì come un'acquisizione di potere, ovvero un incremento delle capacità delle persone a controllare attivamente la propria vita²⁴. È un concetto dal doppio significato, caratterizzante la crescita costante, progressiva e consapevole delle potenzialità delle persone, a cui corrisponde uno sviluppo delle abilità di decisione e di controllo, autonomi e responsabili. Evidente qui l'intreccio con le dimensioni auspiccate della *persona competente*²⁵.

Consequente, saranno solo i programmi centrati sull'*empowerment* e sulle *life skills* ad agire aumentando il senso del potere personale delle persone, ma anche la sua capacità di codificare la realtà che le circonda, individuando sia condizionamenti e rischi che occasioni favorevoli e risorse.

Le competenze chiave incontrano così, nell'ordinarietà dello sviluppo verticale del curricolo di scuola, dall'infanzia alla secondaria di II grado, le abilità psicosociali la cui mancanza può portare all'assunzione di comportamenti negativi per la persona.

Chiave di accesso privilegiata, le *Life Skills*²⁶, agiscono su più dimensioni ed aspetti.

In particolare, elenchiamo qui le abilità, strettamente concernenti le pratiche di salute a scuola, tali da rappresentare il fulcro delle iniziative sulla promozione della salute e del benessere di bambini e adolescenti:

- *Decision making* ovvero la capacità di prendere decisioni rispetto ai problemi quotidiani;
- *Problem solving* ovvero la capacità di risolvere i problemi in modo costruttivo;
- *Creatività e senso critico*, cioè la capacità di analizzare le situazioni esplorando alternative in modo originale e trovando soluzioni originali;
- Comunicazione efficace, cioè competenza di esprimersi, sia a livello verbale che non verbale, in modo appropriato alla situazione e all'interlocutore di riferimento;
- Autocoscienza, ovvero l'autoconsapevolezza come conoscenza di se stessi e del proprio carattere, delle proprie risorse e criticità, dei propri desideri e bisogni;
- Empatia, cioè la capacità di riconoscere, discriminare e condividere le emozioni degli altri;
- Gestione delle emozioni e gestione dello stress tramite il riconoscimento e l'autoregolazione delle proprie emozioni e stati di tensione.

23) A. Palmonari, Gli adolescenti, Bologna, Il Mulino, 2001.

24) Ibidem.

25) Ivi, paragrafo 1.

26) Ivi, nota 4.

A questo gruppo fondamentale, si aggiunga la sottolineatura relativa alle *Skills, nelle relazioni interpersonali, fortemente pervasive nei compiti evolutivi di salute*:

- *autostima ed efficacia personale*, cioè la convinzione di poter agire efficacemente in nuove situazioni, prove e sfide tali da rafforzare così la propria immagine di sé;
- *efficacia collettiva*, cioè il sistema di credenze condivise da un gruppo, dai pari, circa la capacità di realizzare obiettivi nei progetti comuni.

In pratica, la costruzione di salute a scuola, come nella sanità, deve privilegiare, nel metodo, questi fattori, quali la partecipazione, l'azione comunitaria a partire dal gruppo dei pari, e la comunicazione efficace. La scuola, a sua volta, fra le altre agenzie formative, è luogo appropriato e privilegiato per l'applicazione nella didattica delle *life skills*, per i seguenti motivi:

1. accesso su larga scala a bambini ed adolescenti;
2. si hanno a disposizione educatori esperti ovvero i docenti;
3. corresponsabilità nell'atto educativo con le famiglie e con la comunità;
4. possibilità di una valutazione a breve e a lungo termine;
5. è un ambito nel quale sono già state sperimentate diverse esperienze.

Oltre all'impatto sulla salute dei bambini, ci sono altri benefici per la scuola, *nell'intreccio tra didattica per competenze e promozione delle abilità sociali*²⁷, tra cui:

1. i metodi utilizzati migliorano la relazione tra docenti e studenti;
2. determinano la riduzione di problemi comportamentali nelle classi e di atteggiamenti violenti, di prevaricazione e di bullismo tra pari;
3. apportano miglioramenti nel rendimento e negli apprendimenti;
4. aumentano la frequenza scolastica ed il miglioramento dei rapporti tra figli e genitori anche in famiglia;
5. diminuiscono le richieste di consulenze specialistiche²⁸.

I contenuti connessi alle discipline e le abilità settoriali non bastano più a se stesse, ma possono essere elaborati in competenze, per tramite di efficaci esperienze di apprendimento, solo a partire dal curricolo di scuola, così come assunto nel POF: insieme, concorrono alla promozione del benessere, nel suo complesso. Gli approcci tradizionali, a cascata, eterodiretti, progetti extracurricolari ed incontri nelle classi ad opera di un esperto, non incidono efficacemente nel mutamento dei comportamenti. Le *life skills*, e la *peer education*, specie con gli adolescenti, se applicate solo come metodologie fine a se stesse tradiscono il compito educativo dell'istruzione stessa: integrate nel curricolo di scuola in verticale, piuttosto, sostanziano la formazione della persona e del cittadino, anche sotto il profilo di salute. La *didattica scuola&salute per competenze*²⁹, si colloca, invece, a pieno titolo ora più di sempre, in questa prospettiva d'intervento. L'impulso, condiviso da scuola e sanità, per migliorare le pratiche di promozione della salute non acquistano senso se non all'interno della progettazione educativa, ordinaria, partendo dall'esistente, a ricordarci l'opportunità di non predisporre interventi e progetti precostituiti dall'alto ma di muovere dagli studenti, per lo sviluppo di competenze per la salute, per la vita. Più consapevoli, come educatori e

27) Si rinvia qui ai contributi ed esemplificazioni presenti, in particolare, nei capitoli 2-4-5 e 6 in F. Da Re, *La didattica per competenze. Apprendere competenze, descriverle, valutarle*, Milano – Torino, Pearson, 2013.

28) M. Santinello, *Atti del Convegno "La prevenzione nella scuola e nella comunità"*, Padova, Unipress, 2000.

29) Vedi, i materiali del Progetto "Guadagnare salute" integrato scuola UST TV e ULSS 9, intervento pilota sulla didattica per competenze integrata con le life skills in alcune scuole del primo ciclo appartenenti al territorio dell'azienda sanitaria, a.s. 2010/11, visibile al link: <http://www.istruzioneretreviso.it/ilprogetto-ulss-9-scuola-su-competenze-chiave-e-life-skills.html>. Grazie alla disponibilità di un ulteriore finanziamento (affidato dalla Regione del Veneto in gestione all'ULSS 9, finalizzato alla formazione sul campo degli operatori sanitari sui temi del progetto nazionale "Guadagnare salute" su alimentazione, movimento, contrasto all'uso del fumo e all'abuso di alcool), a seguito di un accordo tra l'ULSS 9 e l'USR del Veneto, si è proposta a tutte le ULS del Veneto e ad una Istituzione scolastica, appartenente al territorio di ciascuna ULS, la formazione congiunta operatori-insegnanti con la progettazione di unità di apprendimento (UDA).

professionisti, che in promozione della salute “*da soli non si va da nessuna parte*”.

Bibliografia

Bandura A., *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*, Trento, Erickson, 1996.

Boda G., *Life Skills e peer education*, Firenze, La Nuova Italia, 2001.

Cicognani E., Zani B., *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino, 2000.

Da Re F., “*Didattica delle competenze per una formazione efficace*”, in *Formare giovani autonomi e responsabili: la didattica per competenze in Veneto*, USR Veneto, 2009.

Da Re F., *La didattica per competenze. Apprendere competenze, descriverle, valutarle*, Milano – Torino, Pearson, 2013.

Delors J., *Nell'educazione un tesoro*, Roma, Armando editore, 1997.

Galesso R., Serra C., Tessari S., Cora O., Vanzo A., Verzelletti C., (a cura di), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2010*, Regione Veneto.

Finocchiaro R. B., (a cura di), *Scuola e Salute a confronto. Tanti tessitori, una rete*, Firenze, Giunti Editore, 2011.

Forcella M.C., Bergamo A., Zuccaro P., *Peer education. Prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive correlate alla guida di moto, motorini, auto*, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2007.

Miola G., Mirandola M., Santinello M., (a cura di), *Salute e Scuola. Approfondimento dell'indagine HBSC 2002 sui giovani di 11, 13, 15 anni*, Regione del Veneto, Verona, Cierre Distribuzione Editoriale, 2006.

Nicoli D., Zanchin M.R., Da Re F. et al., *Formare giovani autonomi e responsabili: la didattica per competenze in Veneto. Esperienze del Veneto 2008-09*, Regione Veneto, MIUR, Venezia 2009.

OCDE, *Qualification et competences professionnelles dans l'enseignement technique et la formation professionnelle. Evaluation et certification*, Paris, 1996.

OMS, “*Sviluppo e diffusione della life skills education: una visione di insieme*”, OMS– divisione di salute mentale, Ginevra 1994.

Palmonari A., *Gli adolescenti*, Bologna, Il Mulino, 2001.

Pellerey M., *Progettazione formativa: teoria e metodologia – ricerca ISFOL-CLISE – 1983*.

Pietropolli Charmet G., *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'educazione di oggi*, Bari, Laterza, 2009.

Possamai M. “Un esempio di progettazione condivisa”, in Finocchiaro R. B., (a cura di), *Scuola e Salute a confronto. Tanti tessitori, una rete*, Firenze, Giunti Editore, 2011.

Santinello M., *Atti del Convegno “La prevenzione nella scuola e nella comunità”*, Padova, Unipress, 2000.

Sitografia

www.istruzione.it

www.istruzioneveneto.it

www.edscuola.it

www.piazzadellecompetenze.net

<http://eur-lex.europa.eu>

www.peer-education.it

Hanno aderito e portato a termine il progetto 16 aziende sanitarie, di sei delle sette province venete (Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Vicenza), e insegnanti di 18 Istituti scolastici del primo ciclo appartenenti alle stesse ULSS. Il progetto è stato coordinato, per l'USR Veneto, dalla sottoscritta referente per la promozione alla salute mentre, dal punto di vista didattico e scientifico, nonché nella supervisione e nella docenza, dalla Dirigente Scolastica Franca Da Re. Da gennaio 2012, le unità di apprendimento sono state realizzate nelle scuole; in maggio è stata effettuata la verifica finale attraverso un incontro in presenza e la registrazione del bilancio, a cura degli insegnanti coinvolti, attraverso la compilazione di una scheda di sintesi. Complessivamente, sono state prodotte e realizzate 31 unità di apprendimento rivolte ad alunni di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado.

Le unità di apprendimento, il curriculum di riferimento e i documenti di sintesi sono pubblicati nel sito www.piazzadellecompetenze.net, nella sezione dedicata al primo ciclo di istruzione

Capitolo 4

L'APPLICAZIONE DEL MODELLO DELLA PEER EDUCATION NEL CONTESTO DELLA PREVENZIONE DEL TABAGISMO IN VENETO: IL PROGETTO SFUMIAMO I DUBBI

*Federica Michieletto
Alberto Perra
Annarosa Pettenò
Mary Elizabeth Tamang*

Sfumiamo i dubbi è un progetto di prevenzione del fumo proposto dalla Regione del Veneto agli istituti secondari di II° grado basato sul modello dell'Educazione tra pari.

La scelta di tale strategia educativa è nata nel 2002 a partire da numerose evidenze scientifiche che rilevavano come generalmente efficaci i programmi basati sulla peer education in quanto i pari agiscono sulle norme instauratesi nel gruppo.

I pari sono percepiti come credibili, fidate ed attraenti fonti di informazione. Ad esempio, un programma prototipo di intervento sull'influenza sociale basato sull'educazione tra pari riduce l'incidenza del fumo di sigaretta giornaliero e settimanale del 35-50% in più rispetto ad un intervento di tipo informativo sulle conseguenze nocive del fumo condotto da adulti (Murray et al., 1989; Milburn, 1995, pp. 407-420).

I pari possono fornire un'importante funzione di modello in termini di atteggiamenti, abilità sociali, e comportamenti, possono quindi aiutare la popolazione bersaglio ad acquisire nuovi comportamenti come non fumare (Bandura, 1986). Inoltre, i pari contribuiscono a stabilire nuove norme di gruppo su ciò che è più appropriato fare e possono fornire sostegno sociale per aderire a tali norme (Kauth et al., 1993). I pari che fungono da educatori facilitano cambiamenti fondamentali nel processo di apprendimento. Uno di questi cambiamenti è il passaggio da un coinvolgimento passivo ad una partecipazione attiva della popolazione bersaglio. Gli alunni sono più disponibili a porre delle domande ai pari ed a coinvolgersi in discussioni interattive con loro, con il risultato che gli alunni possono poi sviluppare le loro idee e soluzioni. In questo modo possono sentirsi degli attori attivi del loro stesso processo di cambiamento (Damon, 1984). In riferimento a specifici settori di applicazione, l'educazione tra pari si è dimostrata efficace nell'aumentare le conoscenze specifiche e diminuire i comportamenti a rischio nell'ambito della prevenzione dell'HIV (Sloane et al., 1993). Inoltre, gli studi hanno dimostrato che gli adolescenti quando sono convinti che i propri pari adottano comportamenti di protezione e promozione della salute, sono essi stessi più propensi a metterli in atto (Di Clemente, 1991).

Con queste convinzioni, nel 2002 si trattava di procedere operativamente e definire un possibile modello di intervento sperimentale di educazione tra pari nella prevenzione del tabagismo con l'obiettivo di verificare la sua fattibilità, validità e applicabilità in diversi contesti scolastici superiori.

4.1 Il progetto *Sfumiamo i dubbi*

Annarosa Pettenò, Mary Elizabeth Tamang

Il lavoro di gruppo e la formazione degli operatori

Come consuetudine di lavoro si è provveduto alla costituzione di un gruppo composto da referenti di 5 Az.ULSS venete e dal mondo del volontariato (LILT), già impegnati in progetti di educazione tra pari o che avevano espresso la disponibilità a partecipare alla sperimentazione.

Sfumiamo i dubbi è stato progettato e definito nella sua prima versione dal lavoro di questo piccolo gruppo che si è ritrovato a partire da giugno 2003 con tale mandato e così composto:

Nome e Cognome	Ente di appartenenza
Gianni Zini Enzo Storti Alessandra Baggio	Az.ULSS 5 U. F. di Prevenzione - Dipartimento per le Dipendenze
Rita De Noni Luca Gino Sbrogiò	Az.ULSS 7 Servizio Educazione Promozione Salute - SEPS Servizio Programmi Regionali di Sanità Pubblica

Nome e Cognome	Ente di appartenenza
Daniela Orlandini	Az.ULSS 12 U.O. Prevenzione Dipendenze - Dipartimento per le Dipendenze
Raffaella Camilotto	Az.ULSS 17 Servizio Educazione Promozione Salute - SEPS
Maria Chiara Pavarin	Az.ULSS 18 Servizio Educazione Promozione Salute - SEPS
Pietro Madera	Az.ULSS 20 U.O.S. NO SMOKING Group - Dipartimento per le Dipendenze
Maria Teresa Villanova Maria Dal Mas Cadura Nelly Raisi Mantovani	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - LILT Comitato Fumo
Elizabeth Tamang Roberto Latini Annarosa Pettenò	Centro Regionale di riferimento per la Prevenzione - CRP

Il primo passo è stato quello di condividere i riferimenti teorici e la scelta metodologica di base alla progettazione del modello operativo. E' stata svolta una formazione specifica sui modelli esistenti e l'applicazione pratica della peer education con il prof. Alberto Pellai dell'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Milano (v. allegato 1). In tale occasione, analizzando il contesto di sviluppo di Sfumiamo i dubbi si è optato per un modello misto di educazione tra pari essendo l'oggetto e gli obiettivi del progetto definiti dagli adulti, per mandato istituzionale, come pure il percorso formativo degli educatori tra pari (EP) previsto seppure decidendo di non adottare un modello esclusivamente puro, ma di lasciare agli EP opportunamente formati la progettazione del loro intervento nelle classi e di poter utilizzare tutti gli strumenti in loro possesso per raggiungere l'obiettivo. Essendo un progetto sperimentale, era necessario definire un chiaro disegno operativo in ogni sua fase, individuando strumenti e delineando un piano di valutazione che permettesse di valutare sia il processo che il risultato. La valutazione doveva rispondere alla necessità non solo di misurare se e quanto gli obiettivi del progetto fossero stati raggiunti, ma soprattutto perché e come. Il gruppo di lavoro si è ritrovato a partire da giugno 2003 con cadenza mensile e si è dato avvio alla prima sperimentazione nell'anno scolastico 2003/2004 in 5 istituti superiori del Veneto appartenenti ai territori di competenza di 5 Az.ULSS venete – Az.ULSS 5 Ovest Vicentino, Az.ULSS 7 Pieve di Soligo, Az.ULSS 12 Veneziana, Az.ULSS 17 Este e Az.ULSS 20 Verona, con il coinvolgimento di 13 operatori opportunamente formati delle Az.ULSS sopra indicate e della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori-LILT. A tal riguardo, si è optato per la metodologia formativa *learning by doing, imparare facendo*, e grazie all'esperienza messa a disposizione in particolare dall'Az.ULSS 5 Ovest Vicentino, gli operatori hanno sperimentato in prima persona, il percorso didattico-formativo prima di proporlo agli Educatori tra Pari (EP), partendo dal presupposto che lavorare in termini educativi per la promozione di stili di vita sani significa anche la capacità, da parte dell'operatore, di stare dentro i processi.

Il percorso formativo con gli operatori si è svolto in 3 giornate. I primi due incontri a cadenza settimanale sono stati dedicati ad una presentazione generale della Strategia regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate e del progetto oltre che ad una introduzione teorica sulla peer education. Da questo momento poi si sono ripercorse tutte le fasi previste nel progetto dal reclutamento degli EP, alla riflessione sul concetto di rischio attraverso un brainstorming attorno alla parola RISCHIO, un approfondimento del tema specifico del fumo di sigaretta attraverso esercizi quali il fotolingaggio, l'informazione corretta, il problem solving e role playing attorno alle strategie per fronteggiare le pressioni sociali a fumare. Infine, ci si è soffermati sulla progettazione del percorso formativo per gli EP.

Fase per fase del progetto, sulla base dell'esperienza svolta e delle competenze professionali dei partecipanti, sono state indicate le modalità di svolgimento ritenute più opportune, gli strumenti utili per lo svolgimento, i punti critici da tener presente e i punti forza sui quali far leva.

Condividendo l'importanza di verificare quanto operato si è deciso di dedicare il terzo incontro del percorso di formazione esclusivamente all'aspetto della valutazione.

Il terzo incontro quindi è stata una esplorazione comune di questo tema, introdotto da una riflessione teorica continuata poi con lavori di gruppo per la definizione di strumenti utili alla progettazione del piano di valutazione.

Nei prossimi paragrafi vengono illustrate le diverse fasi del progetto, le modalità individuate e sperimentate per il loro svolgimento e gli strumenti adottati per la valutazione di risultato e di processo. Il titolo stesso del progetto *Sfumiamo i dubbi* è stato definito dai responsabili ed operatori impegnati in un importante lavoro di "cesellatura" ed un grande sforzo operativo, di rielaborazione e concettualizzazione dell'esperienza svolta.

Obiettivi

Un primo nodo cruciale che si è dovuto affrontare nel lavoro di gruppo è stato la definizione chiara degli obiettivi e dei risultati attesi raggiungibili e realistici perché un progetto che non abbia finalità ed obiettivi sufficientemente stabiliti non può dimostrare il suo successo in quanto non si sa bene che cosa si sperava originariamente raggiungere.

In sintonia con l'obiettivo regionale a lungo termine di prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani veneti attraverso la creazione di ambienti favorevoli alla scelta di uno stile di vita libero dal fumo, l'obiettivo generale di *Sfumiamo i dubbi* è quello di promuovere una scuola libera dal fumo rafforzando la capacità degli studenti di agire nella propria comunità scolastica, sviluppando e rafforzando le competenze cognitive e relazionali dei singoli EP e insieme di valorizzare la funzione educativa del gruppo.

L'obiettivo specifico, quindi, è dotare ciascun istituto scolastico partecipante al progetto di un gruppo di EP capaci di coinvolgere le classi in attività di promozione della salute nel campo del tabagismo.

I risultati attesi possono essere così riassunti:

A breve termine

- Acquisizione da parte degli EP di tecniche per la discussione e la gestione di gruppo
- Modifica di conoscenze, atteggiamenti e abitudini degli EP rispetto al fumo
- Modifica di conoscenze e atteggiamenti sul fumo tra gli alunni delle classi target

A medio termine

- Acquisizione dell'educazione tra pari come strumento continuo per la prevenzione del tabagismo all'interno dell'istituto

A lungo termine

- Creazione di un Ambiente Scuola Libero Dal Fumo
- Concordati gli scopi e gli obiettivi da raggiungere è stato possibile definire metodi di valutazione appropriati per valutare l'intero processo e l'impatto del progetto (v. par. 4.3).

Le sperimentazioni

Nel corso dell'anno scolastico 2003/2004 il progetto è stato sperimentato in 5 istituti superiori del Veneto (3 Istituti Tecnici, 1 Liceo Artistico Scientifico e Classico ed 1 Istituto Professionale) appartenenti ai territori di competenza di altrettante Az.ULSS venete. Hanno contribuito per la realizzazione della sperimentazione i 5 responsabili di progetto che avevano diversi compiti sia di valenza regionale che locale e 13 operatori delle Az.ULSS sopra indicate e della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori-LILT di diverse professionalità (7 psicologi, 4 educatori professionali, 1 assistente sociale, 1 pneumologo). Sono stati reclutati 76 EP, formati 69 EP (40 maschi e 29 femmine), dei quali almeno 25 fumatori. Gli EP provenivano da 25 classi terze e 10 classi quarte ed hanno svolto il loro intervento in 17 classi I° e 25 classi II° delle loro scuole di appartenenza.

Nell'anno scolastico 2004/2005 il modello di intervento è stato perfezionato nel corso della II° sperimentazione che ha coinvolto 10 Az.ULSS (1 Az.ULSS si è ritirata nel corso dell'anno) e 12 istituti secondari di II° grado di diversa tipologia (4 licei, 7 istituti tecnici, 1 professionale ed un istituto magistrale, un istituto era sia liceo che tecnico): in 9 di essi *Sfumiamo i dubbi* veniva svolto per la prima volta, mentre nei rimanenti 3 si è continuata l'esperienza dell'anno precedente.

Aziende ULSS e rispettivi Responsabili locali di progetto partecipanti alla II° sperimentazione di ***Sfumiamo i dubbi*** nell'a.s. 2004/2005:

Az.ULSS 1 Belluno – Floriana Russino
Az.ULSS 3 Bassano – Francesca Busa
Az.ULSS 5 Ovest Vicentino – Gianni Zini
Az.ULSS 7 Pieve di Soligo – Rita De Noni
Az.ULSS 9 Treviso – Flora Sartorato
Az.ULSS 10 San Donà di Piave – Francesca Benvegnù
Az.ULSS 12 Veneziana – Daniela Orlandini
Az.ULSS 13 Mirano – Maria Negri
Az.ULSS 16 Padova – Lorena Gottardello
Az.ULSS 20 Verona – Pietro Madera

Anche in questa seconda sperimentazione è stato prezioso il contributo dei 10 responsabili di progetto e dei 22 operatori. In questa edizione, come nella precedente, per i nuovi operatori è stato svolto un secondo corso di formazione con il contributo diretto di alcuni operatori della I° sperimentazione.

Complessivamente nel biennio di sperimentazione sono stati coinvolti 14 istituti scolastici, formati 254 EP e svolti 227 interventi in classi prime e seconde degli stessi istituti.

Grazie alla sperimentazione si è data forma al progetto nei suoi obiettivi, nelle sue diverse fasi, nella tempistica consigliata, definito il percorso formativo degli EP e creati gli strumenti utili da adottare che illustreremo di seguito (v. CD allegato). Fondamentale è stato l'apporto dei Responsabili di progetto e degli operatori nel determinare le ore di lavoro richieste per la realizzazione dell'intero percorso e di ciascuna fase di lavoro attraverso la compilazione puntuale del Diario Responsabile e Diario Operatori che ha permesso la registrazione del lavoro svolto sia in fase di ideazione e preparazione che nei tempi di realizzazione delle diverse azioni. Per ogni tappa vengono indicati i tempi medi registrati dagli operatori, mentre a livello globale possiamo riportare che l'impegno medio è stato di circa 46 ore per la realizzazione del progetto, che varia a seconda del numero di classi coinvolte e del sistema di valutazione impiegato.

Sfumiamo i dubbi

- Azioni previste -

- **Coinvolgimento dell'Istituto:** presentazione del progetto e sensibilizzazione continua degli organi competenti (dirigente scolastico, referente alla salute, ecc.) e altre componenti interessate (docenti e genitori) (novembre-giugno)
Tempo previsto: almeno 5 h
- **Reclutamento EP:** utilizzo di uno strumento standardizzato nelle classi III° (preferibilmente) per la selezione di una coppia o più di EP non fumatori per ciascuna classe. Tempo previsto: 1 h x classe (gennaio-febbraio)

- **Formazione EP:** corso basato su metodi interattivi (role playing, fotolinguaggio, lavori di gruppo, ecc.) a conclusione del quale gli EP **progettano** l'intervento che attueranno nella classe target.
Tempo previsto: almeno 10 h in orario scolastico o extrascolastico (Febbraio-marzo)
- **Sperimentazione** dell'intervento nella propria classe o in altra III°
Tempo previsto: 1h – 2h x classe (Marzo)
- **Supervisione** della sperimentazione
Tempo previsto: 1h - 2h in orario scolastico o extrascolastico (Marzo)
- **Realizzazione** dell'intervento educativo nelle classi I° (e II°)
Tempo previsto: 1h – 2h x classe (Aprile)
- **Supervisione** dell'intervento
Tempo previsto: 1h – 2h in orario scolastico o extrascolastico (Aprile)
- **Progettazione** iniziativa d'Istituto
Tempo previsto: 2h in orario scolastico o extrascolastico (Aprile – maggio)
- **Realizzazione** iniziativa d'Istituto
Tempo previsto in orario scolastico o extrascolastico: variabile a seconda dell'iniziativa scelta (es. in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco - 31 Maggio)
- **Monitoraggio e valutazione** di risultato e di processo (questionari, schede di osservazione, diari, ecc.)
Tempo previsto: 20h (Maggio – giugno)
- **Restituzione** dell'esperienza alla scuola (docenti, studenti e genitori)
Tempo previsto: 1h - 2h (Giugno)

Stumiamo i dubbi - Tempi medi impiegati dagli operatori nel corso delle sperimentazioni

	<i>Ore di preparazione</i>	<i>Ore di realizzazione</i>
Presentazione progetto	2 (1 - 4)	1.30' (1 - 2-30')
Incontri/contatti successivi	2 (15' - 6)	2 (30' - 7)
Definizione calendario	1 (30' - 3)	1 (35' - 4)
Reclutamento EP	30' (10' - 1)	1 (25' - 1)
Percorso formativo EP	7 (15' - 28)	11.30' (10 - 15)

	Ore di preparazione	Ore di realizzazione
Supervisione sperimentazione EP	1 (30' - 3h)	1.30' (1 - 2)
Supervisione intervento EP	1.30' (30' - 3)	1 (30' - 2)
Programmazione evento		3 (1 - 6)
Realizzazione evento	6 (1 - 20)	3 (15' - 5)
Totale impegno ore operatore previsto	21	25.30'

Cronogramma delle azioni previste in *Sfumiamo i dubbi*

Azioni previste	Nov. - Dic.	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Coinvolgimento Istituto							
Reclutamento EP							
Formazione EP							
Sperimentazione							
Supervisione sperimentazione							
Intervento							
Supervisione intervento							
Progettazione evento							
Realizzazione evento							
Monitoraggio e valutazione							
Restituzione							

4.2 Fasi del progetto

Annarosa Pettenò, Mary Elizabeth Tamang

Sfumiamo i dubbi si sviluppa in 10 fasi di realizzazione. Per ogni fase vengono proposti alcuni strumenti di lavoro individuati e verificato essere utili per la realizzazione del progetto nel corso delle sperimentazioni grazie a puntuali azioni di monitoraggio e valutazione di processo e di risultato.

Il CD allegato contiene le schede tecniche e tutti gli strumenti creati a seguito delle sperimentazioni svolte.

Tali strumenti oggi vanno aggiornati ed integrati alla luce dei sempre più evoluti mezzi e processi di comunicazione digitali a disposizione, nella prospettiva futura della media education a servizio della peer education.

L'**obiettivo** delle sperimentazioni di *Sfumiamo i dubbi* era la definizione di un modello di intervento di prevenzione sul fumo di tabacco basato sull'Educazione tra Pari valutato, esportabile e ripetibile.

Gli strumenti presentati sono così suddivisi:

1. Fasi progettuali, brevemente illustrate di seguito.

2. Materiali utili che comprendono:

1. Fac-simile lettera per i genitori
2. Linee per il reclutamento degli EP e strumento standardizzato
3. Brevi schede didattiche per la realizzazione del percorso formativo degli EP

3. Schede *Diario Operatori* e *Diario Peer* trattasi di un diario di viaggio da compilarsi a cura degli Operatori e di ogni coppia di EP.

4. Questionari e schede di raccolta dati:

1. Scheda Valutazione dell'Ambiente
2. Questionario di entrata dei peer
3. Scheda di osservazione dell'incontro di sperimentazione
4. Questionario di valutazione dell'apprendimento dei peer
5. Questionario di uscita dei peer.

Nel CD allegato è possibile visionare i materiali utili, le schede ed i questionari sopra citati distinti per ognuna delle 10 fasi progettuali.

Questi materiali possono essere personalizzati con il logo della propria realtà di appartenenza (Az.ULSS o Istituto Scolastico) ed utilizzati per la realizzazione del progetto.

FASE 1 COINVOLGIMENTO DELL'ISTITUTO NOVEMBRE - GIUGNO

Nel corso della sperimentazione il primo nodo affrontato con i responsabili di progetto ha riguardato la scelta dell'istituto, in ogni Az.ULSS, al quale proporre la sperimentazione. I criteri individuati nel reclutamento degli istituti partecipanti, sono stati, uno di carattere generale per cui si è ritenuto importante coinvolgere tutte le tipologie di istituti (licei, istituti tecnici, professionali e magistrali), al fine di verificare eventuali differenze nella modalità di lavoro e nei risultati raggiunti, mentre a livello locale i criteri utilizzati sono stati diversi. Alcuni hanno deciso di proporre il progetto in una scuola dove già stava lavorando con altre progettualità al fine di rafforzare i rapporti già in corso e l'impegno della scuola anche su questo specifico fronte di salute, sapendo di contare su un ambiente già sensibile e un rapporto già esistente di fiducia reciproca, per altri invece è risultata un'opportunità per aprire nuovi spazi progettuali con istituti nei quali non avevano mai lavorato prima.

Dopo aver individuato l'istituto il passo successivo è stato rispondere alle domande su chi, come e perché coinvolgere la scuola per la realizzazione di *Sfumiamo i dubbi*.

Dalla raccolta e dal confronto delle diverse esperienze fatte nel corso della sperimentazione si è arrivati alle seguenti conclusioni:

- si tratta di un aspetto di fondamentale importanza e trasversale alle diverse tappe progettuali. E' importante una buona presentazione del progetto ai diversi organismi dal dirigente scolastico, ai docenti referenti alla salute, al collegio docenti, al consiglio d'istituto, ecc. perché, pur essendo un progetto basato sull'educazione tra pari, quindi, caratterizzato per definizione dal protagonismo diretto degli studenti risulta comunque indispensabile la collaborazione degli adulti significativi, docenti e genitori, non solo per garantire le condizioni organizzative necessarie allo svolgimento corretto del progetto, ma anche per l'importante ruolo educativo che ricoprono.

L'agire nella scuola sui temi importanti e complessi dell'educazione alla salute, tra i quali la prevenzione del fumo di tabacco, è permeato da alcuni presupposti fondamentali:

a. La Scuola è, innanzitutto, il luogo in cui avviene una parte considerevole dell'educazione e della formazione delle nuove generazioni con l'obiettivo di formare cittadini consapevoli e protagonisti del loro tempo, capaci di scelte di salute e pronti a fronteggiare le pressioni contrarie che provengono dal mondo giovanile e, ancora molto spesso, dagli adulti; è il luogo in cui i ragazzi si confrontano con se stessi, i loro pari, gli adulti, l'istituzione, la cultura, in un processo di forte valenza per il futuro loro e dell'intera società.

b. I giovani sono una risorsa per le comunità e rappresentano, con l'energia e la creatività che li contraddistinguono, un buon investimento per il futuro, ma anche per un presente ricco di progettualità. In tale ottica, lo studente e la sua famiglia, come ogni altra componente scolastica dal dirigente, al docente, al personale non docente, diventa protagonista, non semplice spettatore, di interventi di prevenzione. L'esperto esterno può quindi fungere da catalizzatore di un processo che per essere efficace e promuovere il cambiamento di stili di vita deve prevedere necessariamente un coinvolgimento attivo, diretto ed emozionale di tutti gli attori scolastici. Ognuno deve sentire di rivestire un ruolo importante nel dare vita ad una scuola del benessere.

c. Operare a scuola significa operare *con* la scuola orientati verso un operare *della* scuola.

Nel lavoro in ambito scolastico è necessario agire con l'obiettivo di andare oltre la logica della delega, del meccanismo semplicistico di affidare all'esperto, secondo un modello medicalizzato, il compito di risolvere, quasi magicamente, le situazioni problematiche o a rischio; l'obiettivo

generale e forse ambizioso, è quindi di arrivare ad una gestione autonoma della scuola degli interventi di prevenzione e promozione della salute.

Un approccio corretto e globale alla prevenzione del tabagismo e, più in generale, alla promozione di stili di vita sani deve comprendere percorsi di tipo educativo-formativo nell'ambito della convivenza civile e da molto tempo, infatti, la scuola è riconosciuta come luogo privilegiato per l'adozione e la realizzazione di programmi di educazione e promozione della salute, atti a migliorare il benessere delle nuove generazioni (v. cap. 3).

Gli interventi formativi per l'educazione alla salute, pur differenziandosi per modalità operative, strategie metodologiche, strumenti di varia natura e tipi di attività educative e didattiche, siano integrati nel progetto culturale e formativo della scuola rappresentato dal Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) perché perseguono la stessa finalità che è quella di favorire il miglioramento della qualità dell'offerta formativa e di assicurare a ciascun alunno il successo scolastico e formativo (Marra Barone, 2005). Il P.O.F. è la carta d'identità di ogni singola scuola che opera in regime di autonomia: in esso vengono illustrate le linee distintive dell'istituto, l'ispirazione culturale-pedagogica che lo muove, la progettazione curricolare, extracurricolare, educativa ed organizzativa delle sue attività. Il P.O.F. viene proposto dalle varie componenti della scuola, viene elaborato dal punto di vista didattico dal Collegio dei docenti ed adottato dal Consiglio d'Istituto. Ogni singola scuola attraverso il Collegio dei docenti coniuga le finalità "nazionali" determinate dal Ministero, con le specifiche realtà culturali, economiche e sociali del territorio.

d. E' necessario costruire percorsi interni alla scuola ad hoc in sinergica collaborazione con la rete delle agenzie pubbliche, del privato sociale e del volontariato del territorio interessate alle stesse tematiche. Questo sarà tanto più facile quanto più la scuola e le diverse agenzie territoriali saranno capaci di porsi come sistemi aperti e disponibili al confronto e al dialogo, anche al fine di non disperdere le risorse disponibili.

Su queste basi, i soggetti coinvolti nei processi educativi, e cioè istituzioni scolastiche, famiglie ed enti territoriali (comuni, regioni, province, aziende sanitarie, ecc.), ma anche tutte le altre formazioni sociali del contesto (associazioni, volontariato, cooperative, ecc.) hanno la responsabilità educativa e civile di intervenire e di cooperare con gli altri. Operativamente è, quindi, importante conoscere l'organizzazione scolastica e collaborare fin da subito con tutte le sue varie componenti: direzione scolastica, collegio docenti, consigli di classe, comitato genitori, ecc..

Obiettivi

Il coinvolgimento della scuola è finalizzato a rendere la scuola co-protagonista del processo e, nel medio e lungo termine, responsabile in toto del progetto e capace di adottare la peer education come metodologia di lavoro utile per affrontare anche altre tematiche (accoglienza, prevenzione malattie sessualmente trasmissibili, alimentazione, ecc.). La scuola, infatti, non è chiamata semplicemente ad "ospitare" un progetto di prevenzione, ma di renderlo proprio inserendolo, se lo ritiene pertinente, con il POF (Piano dell'Offerta Formativa).

Il co-protagonismo della scuola nella realizzazione di *Sfumiamo i dubbi* si traduce nelle seguenti richieste di collaborazione e partecipazione quali chiari punti del contratto con la scuola unitamente agli obiettivi, all'impegno richiesto ed ai soggetti da coinvolgere perché, in che modo e quando:

- disponibilità a partecipare al progetto *Sfumiamo i dubbi* e quindi di accettare e condividere gli obiettivi del progetto oltre che le modalità di svolgimento previste;
- garantire il supporto organizzativo necessario alla realizzazione del progetto;

- dare visibilità al progetto all'interno dell'istituto scolastico (es. poster nella bacheca della scuola, articoli nel giornalino o nel sito dell'istituto, ecc.);
- un'auspicabile integrazione con gli altri progetti di prevenzione al tabagismo e di promozione di altri stili di vita sani
- concorrere attivamente alla creazione di una Scuola libera dal fumo identificando il contributo possibile di ogni risorsa disponibile.

Soggetti coinvolti

Il consenso può derivare solo da un confronto reale con i soggetti interessati, il dirigente scolastico ed il referente alla salute e poi, più ampiamente, con il Consiglio d'Istituto e il Collegio docenti (Pellai et al., 2002).

Tempi richiesti /durata

Si tratta di una fase fondamentale del progetto e trasversale alle diverse tappe di *Sfumiamo i dubbi*, quindi, si estende a tutta la durata del progetto, da novembre a giugno, quale cornice indispensabile entro cui situare il progetto nella sua globalità.

Punti critici:

- La scuola è ritenuta così importante che troppo spesso le si chiede di essere, di fare, di diventare... sempre di più, anche in campi che sembrano proprio non competerele e con risorse talora davvero troppo esigue
- Delirio di onnipotenza dell'esperto
- Delirio di onnipotenza della scuola
- Notevoli risorse richieste in termini di tempo e di persone coinvolte nel processo
- Difficoltà da parte della scuola di cogliere lo spirito innovativo del progetto: sfiducia nelle capacità degli EP e difficoltà di gestire l'aspetto dell'equilibrio tra controllo e concessione di potere.
- Ogni realtà scolastica presenta una propria organizzazione, disponibilità e risorse, pertanto, è necessario adottare uno spirito di flessibilità, di ricerca delle potenzialità esistenti e di accettazione delle difficoltà oggettive nel coinvolgere gli insegnanti e i genitori. La situazione ideale che si propone è la costituzione all'interno dell'istituto di un gruppo specifico di confronto e di lavoro che si incontra periodicamente.

Azioni principali

Tale fase comprende le suddette azioni:

1. Presentazione del progetto
3. Conoscenza dell'ambiente scolastico rispetto al fenomeno del fumo
4. Incontri periodici di sensibilizzazione, di confronto e di condivisione del progetto con il dirigente scolastico, il referente alla salute e le altre componenti interessate (docenti e genitori almeno delle classi direttamente interessate I° e III°).

Materiali

Nel CD allegato si trovano:

1.a Materiale utile sull'argomento proposto durante il corso di formazione dall'ass. soc. dr. Fabio Frascione - Az.ULSS 12 Veneziana U.O. Prevenzione Dipendenze - SerD Terraferma - Dipartimento Dipendenze.

1.b Scheda Valutazione dell'Ambiente la scheda prevede la rilevazione dello stato dell'ambiente scuola rispetto al fumo di tabacco. Vengono rilevate la presenza di cartelli attestanti il divieto di fumo, la presenza di personale che fuma (professori, personale non scolastico, ..), i luoghi dove si fuma, la realizzazione negli anni precedenti di interventi per la prevenzione del tabagismo. La presente scheda è stata aggiornata inserendo una rilevazione specifica rispetto la presenza di fumatori di sigaretta elettronica (v. cap. 2).

Da compilare prima dell'intervento nella scuola.

1.c Schede *Diario* Operatori relative alla presentazione del progetto e per i contatti/incontri successivi. Si suggerisce di compilare una scheda per ogni incontro (es. dirigente scolastico, referente alla salute, collegio docenti, ecc.).

Inoltre, si trova la scheda relativa alla definizione del calendario.

1.d Fac-simile lettera per i genitori degli EP e degli studenti da sottoporre eventualmente all'attenzione della scuola per informare e coinvolgere i genitori sia degli EP sia degli studenti di I° (e II°) e delle classi degli EP (in tal caso va tolto il penultimo capoverso).

Pur essendo *Sfumiamo i dubbi* basato sull'educazione tra pari, quindi, caratterizzato per definizione dal protagonismo diretto degli studenti risulta comunque indispensabile la collaborazione ed il contributo degli adulti significativi, docenti e genitori, non solo per garantire le condizioni organizzative necessarie al corretto svolgimento del progetto, ma anche per l'importante ruolo educativo che ricoprono, per le fondamentali azioni di rinforzo all'opera dei peer che gli adulti significativi possono fare sia dentro le classi, valorizzando e riprendendo l'intervento fatto dai peer, sia a livello d'istituto proponendo attività ed azioni che vanno verso una scuola ed una cultura generale libera dal fumo.

Ogni realtà scolastica presenta una propria organizzazione, disponibilità e risorse, pertanto, è necessario adottare uno spirito di flessibilità, di ricerca delle potenzialità esistenti e di accettazione delle difficoltà oggettive nel coinvolgere gli insegnanti e i genitori.

La situazione ideale che si propone è la costituzione all'interno dell'istituto di un gruppo specifico di confronto e di lavoro, composto dalle diverse componenti scolastiche e dagli operatori, che si incontra periodicamente, anche nell'ottica che il progetto diventi nel tempo patrimonio della scuola e, quindi, promosso e realizzato interamente dalla scuola stessa.

FASE 2

IL RECLUTAMENTO DEGLI EP

Gennaio - Febbraio

Questa fase del progetto si propone venga condotta dagli operatori in coppia, naturalmente previo accordo del calendario con la scuola (referente alla salute, insegnanti di riferimento, ecc.):

- La selezione si indica venga svolta nelle classi III° nel corso di circa 1h scolastica per classe con l'utilizzo di un questionario standardizzato atto a mettere in risalto caratteristiche riconosciute ad ognuno dei propri compagni (v. allegato 2.b).

Si è scelto di utilizzare un questionario per l'identificazione dei peer piuttosto che una selezione ad opera degli insegnanti o un'autocandidatura perché si è individuato, quale criterio prioritario, il riconoscimento del peer all'interno del proprio gruppo classe e dell'istituto quale persona con caratteristiche sia di leader che di testimone di un messaggio di salute.

La scelta della classe terza è determinata da fattori metodologici che prevedono una differenza di età tra i peer e gli studenti delle classi di intervento di non più di 2-3 anni e da motivazioni operative legate all'opportunità della presenza di peer senior nel reclutamento e nella formazione dei nuovi peer l'anno successivo.

- Durante la selezione l'insegnante, se lo richiede espressamente, può essere presente in aula.

Rispetto l'opportunità che il peer sia fumatore o non fumatore, la sperimentazione di *Sfumiamo i dubbi* ha portato ad un'ampia discussione e si è concluso che, valutando i pro ed i contro dell'una e dell'altra condizione, così come emerso dalle sperimentazioni e dalle esperienze successive, è opportuno che siano non fumatori, quali testimonial riconosciuti e credibili di un messaggio di stile di vita sano.

In caso il n° dei Pari dovesse essere inferiore al n° necessario per coprire tutte le classi I° (e II°) della scuola si può chiedere agli EP la disponibilità a ripetere l'intervento in più classi; se, al contrario, ci sono più EP che classi I° si può proporre l'intervento anche in **tutte** le classi II° dell'Istituto.

Se il progetto si svolge in un istituto dove vi è la presenza di peer senior, ovvero che hanno partecipato a *Sfumiamo i dubbi* l'anno precedente in qualità di peer si suggerisce, qualora ci fossero le condizioni favorevoli, di chiedere il loro contributo per effettuare il reclutamento dei peer junior. Sapranno entusiasmare i loro compagni appena più piccoli raccontando la loro esperienza di peer all'interno dell'Istituto scolastico e non solo.

Nel CD allegato si trovano:

2.a Materiale utile ovvero una breve traccia di lavoro per questa azione specifica

2.b Questionario per la selezione degli EP

2.c Scheda *Diario Operatori* relativa alla selezione.

Si indica la compilazione di una scheda per ogni classe III°.

FASE 3

LA FORMAZIONE DEGLI EP

Febbraio - Marzo

La formazione, tappa fondamentale del percorso degli EP selezionati, consta di almeno 10 ore da svolgersi in orario scolastico o extrascolastico a seconda delle esigenze e delle caratteristiche organizzative di ogni singola realtà. Si tratta di un corso intensivo basato su metodi interattivi. Nel corso della formazione gli EP dovranno essere rassicurati sul compito che andranno a svolgere che non consiste certamente nell'obbligare altri a non fumare o di dover essere esperti in tabaccologia per rispondere ad ogni domanda sul fumo, ma di innescare dei processi e degli interrogativi sulla tematica del fumo.

Dalla sperimentazione è emerso che sarebbe bene avere a disposizione almeno 12 ore per la formazione e che l'orario extrascolastico, seppur permette di gravare meno sull'organizzazione scolastica, non è gradito agli EP perché troppo faticoso dopo una mattinata trascorsa tra i banchi di scuola.

Si raccomanda di prevedere un numero maggiore di ore per l'ultimo incontro formativo in quanto in tale occasione ogni singola coppia di EP deve avere il tempo necessario per programmare l'intervento che andrà poi a sperimentare nella proprio classe o in un'altra III° e per presentarlo al gruppo degli EP e agli operatori per una prima verifica. Se il progetto si svolge in un istituto dove vi è la presenza di peer senior ovvero che hanno partecipato a *Sfumiamo i dubbi* l'anno precedente, si suggerisce di chiedere, qualora ci fossero le condizioni favorevoli, il loro contributo in alcuni momenti specifici del percorso formativo dei nuovi peer.

Oiettivi della formazione degli EP	Attività proposte	Stile di conduzione
Conoscenza dei componenti e costituzione del gruppo Clima favorevole Contesto protettivo	Esercizi rompighiaccio Tutte le attività di gruppo	Setting favorevole: facilitante stimolante accogliente contenitivo non persuasivo
Modificare abitudini, atteggiamenti ed opinioni riguardo al fumo	Fotolinguaggio Brainstorming Role playing/Problem solving Informazione corretta Story telling	
Progettare l'intervento nelle classi e nell'istituto	Tecniche di progettazione Indicazioni sulla conduzione e modalità di conduzione degli incontri	

Nel CD allegato si trovano:

3.a Materiale utile ovvero brevi schede didattiche per la realizzazione del percorso formativo degli EP.

3.b Questionario di entrata dei peer Il questionario, autocompilato, rileva abitudini, atteggiamenti e opinioni rispetto al fumo da parte degli EP.

Da far compilare prima dell'attività di formazione.

3.c Schede Diario Operatori relative al percorso formativo.

Si suggerisce di compilare una scheda per ogni incontro di formazione svolto allegando il materiale richiesto per non perdere la ricchezza del lavoro svolto.

FASE 4

SPERIMENTAZIONE INTERVENTO

Marzo

A conclusione del percorso formativo ogni coppia di EP sperimenta l'intervento progettato nella propria classe di appartenenza o in un'altra III°. In fase di sperimentazione del progetto è emerso che risultava spesso difficile per gli EP gestire la propria classe dato il grado di confidenza e di conoscenza esistente, per tale motivo si è introdotta la possibilità che gli EP sperimentino l'intervento in una III° diversa dalla propria.

Alla sperimentazione è presente anche un operatore che ha il compito di osservare e registrare, su una apposita scheda, quanto accade e interviene solo se lo ritiene assolutamente necessario.

A conclusione dell'intervento si chiede alla classe di dare un feedback agli EP per aiutarli ad analizzare quanto accaduto e migliorare, se necessario, la loro attività prima di ripeterlo con le classi I° (e II°). La sperimentazione, oltre ad essere parte integrante del percorso di formazione degli EP, ha anche la funzione di coinvolgere e responsabilizzare l'intera classe che ha espresso, a suo tempo, i nomi dei peer da reclutare, previa loro approvazione.

Nel CD allegato si trovano:

4.a Scheda Diario Peer che va compilata dagli EP subito dopo la sperimentazione. Diventerà materiale utile per l'incontro di supervisione della sperimentazione.

4.b Scheda di osservazione della sperimentazione La scheda permette all'osservatore di rilevare modalità di conduzione e atteggiamenti degli EP durante l'incontro di sperimentazione. Contiene una serie di domande che permettono di verificare se gli EP hanno acquisito le capacità e le attitudini necessarie.

Da compilare durante l'osservazione nella sperimentazione (o subito dopo)

4.c Questionario di valutazione dell'attività formativa Il questionario, autocompilato, ha l'obiettivo di valutare se le conoscenze trasmesse durante la formazione, sono state acquisite dagli EP. In particolare, permette di testare le conoscenze sui principali metodi utilizzati, sui danni alla salute legati al consumo di tabacco e sulle caratteristiche comportamentali proprie di un EP.

Da compilare DOPO la sperimentazione nelle classi terze (eventualmente in occasione dell'incontro di supervisione)

FASE 5 SUPERVISIONE SPERIMENTAZIONE Marzo

A conclusione degli incontri di sperimentazione il gruppo degli EP con gli operatori si incontra per 1h-2h in orario scolastico o extrascolastico, a seconda dell'organizzazione scolastica, per condividere le esperienze e calibrare gli interventi, se necessario. Si tratta quindi di un importante momento di verifica e di eventuale riprogettazione dell'intervento. La sperimentazione ha messo in luce che migliora sensibilmente la percezione dei peer riguardo la qualità del loro intervento dopo la sperimentazione (v. paragrafo 4.4.).

Nel CD allegato:

5.a Scheda *Diario Operatori*

FASE 6 REALIZZAZIONE INTERVENTO Aprile

Senza lasciare trascorrere troppo tempo (7-15 gg max) dalla sperimentazione e supervisione, gli EP si presentano, da soli, alle classi I° (e II°) per la realizzazione dell'intervento specifico rispetto al fumo. Per quanto riguarda la durata dell'intervento in linea di massima, nelle sperimentazioni del progetto, chi aveva organizzato l'intervento su un'ora scolastica lamentava di aver avuto poco tempo a disposizione. D'altro canto programmare l'intervento su due ore può essere rischioso nelle situazioni di difficile gestione del gruppo classe. Una terza possibilità potrebbe essere costituita da un primo intervento di un'ora al quale si può aggiungere un'altra ora la settimana successiva a richiesta degli studenti. E' importante che i peer siano da soli in aula, ma si ritiene anche utile che l'operatore di riferimento sia comunque presente a scuola ed a disposizione dei peer. È auspicabile un rinforzo dell'azione svolta dai peer da parte dei docenti nelle settimane immediatamente successive.

Nel CD allegato:

6.a Scheda *Diario Peer* che va compilata dagli EP subito dopo la realizzazione dell'intervento nella/e classi I°.

FASE 7 SUPERVISIONE INTERVENTI Aprile

E' importante riservare uno spazio, in genere ritagliato nell'incontro per la progettazione dell'evento d'istituto, di 1h-2h in orario scolastico o extrascolastico, per lo scambio ed il confronto tra EP ed operatori dell'esperienza fatta nelle classi I° (e/o II°).

Nel CD allegato:

7.a Scheda *Diario* Operatori

FASE 8 PROGRAMMAZIONE EVENTO D'ISTITUTO Aprile - Maggio

L'evento d'istituto rappresenta un'altra importante tappa del progetto. Si tratta infatti non solo del momento conclusivo di *Sfumiamo i dubbi* ma, al contempo, è un'ulteriore azione di sensibilizzazione dell'intera popolazione scolastica e della comunità utile a rinforzare l'azione dei peer e la loro visibilità, oltre che quella dell'istituto attraverso i mass media locali, es. in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco.

Al fine, quindi, di definire ed organizzare tale iniziativa è opportuno che il gruppo degli EP con gli operatori si riuniscano per 2h-3h ore in orario scolastico o extrascolastico.

E' importante estendere l'invito a partecipare a questo tavolo di lavoro anche alle altre componenti interessate ovvero docenti e genitori (v. Comitato genitori).

Dalle sperimentazioni di *Sfumiamo i dubbi* emerge che pur riconoscendo l'evento conclusivo molto importante perché ancora una volta è un momento di protagonismo degli EP, risulta impegnativo in termini organizzativi, essendo ormai a fine anno scolastico, e non sempre di facile realizzazione.

Nel CD allegato:

8.a Scheda *Diario* Operatori

FASE 9 REALIZZAZIONE EVENTO D'ISTITUTO 31 Maggio

Date le finalità ora viste dell'evento d'istituto diventa molto importante cercare di dare massimo risalto all'iniziativa sia dentro alla scuola, integrandolo anche con altre attività di promozione della salute spesso proposte a fine anno scolastico, che nella comunità locale attraverso i mass media.

Diventa anche un importante momento di verifica.

Subito dopo l'evento è necessario provvedere alla distribuzione e raccolta dei questionari d'uscita e di gradimento degli EP.

Nel CD allegato:

9.a Schede Diario Operatori

9.b Questionario di uscita dei peer Il questionario, autocompilato, rileva abitudini, atteggiamenti e opinioni rispetto al fumo da parte degli EP.

Da compilare dopo l'attività di istituto.

FASE 10 RESTITUZIONE ESPERIENZA Maggio - Settembre

Dopo aver concluso il monitoraggio e la valutazione del progetto attraverso gli strumenti sopra descritti o con altre modalità (es. focus group con peer, studenti, docenti) è importante restituire l'esperienza alla scuola ovvero al dirigente scolastico, ai docenti, ai peer, ai genitori, al personale non docente, presentando le attività svolte e quanto successo in termini di processo e di risultato sulla base degli obiettivi posti.

Si tratta di un momento molto importante di verifica, ma anche di ulteriore sensibilizzazione alla tematica e di programmazione per il proseguimento del progetto nell'anno scolastico successivo (v. allegato 10.b).

Nel CD allegato:

10.a Scheda Diario Operatori

10.b Note per il proseguimento di *Sfumiamo i dubbi*

4.3 La valutazione sul campo di *Sfumiamo i dubbi*

Federica Michieletto, Alberto Perra

Importanza strategica della valutazione

La valutazione è una tappa necessaria nell'arco di realizzazione di qualsiasi intervento in salute pubblica. Nel caso della sperimentazione del progetto la valutazione ha assunto anche un valore strategico. Principalmente i “peer educators” e i loro compagni di classe nelle scuole selezionate, sono al tempo stesso attori e beneficiari dell'intervento. Ciò si spiega col fatto che l’“empowerment” dei ragazzi rispetto al fumo è il risultato ultimo di un processo di (auto)apprendimento che deve portarli a sviluppare nuove conoscenze, attitudini e capacità.

Gli operatori delle aziende sanitarie e gli insegnanti hanno il ruolo principale di creare le condizioni perché tutto ciò sia reso possibile e facilitato. In questo senso, la valutazione, a cui i ragazzi hanno partecipato attivamente, è un'ulteriore opportunità di auto-formazione costituendo in tal modo un'attività del progetto e non per il progetto.

A differenza di altri interventi in salute pubblica dove alla valutazione viene affidato il compito di “documentare” i risultati del progetto da cui pertanto è indipendente, nel caso del nostro progetto di promozione della salute, la valutazione è parte integrante delle attività del progetto e il non realizzarla correttamente comprometterebbe il raggiungimento dei risultati previsti dal progetto stesso.

Un programma di promozione della salute deve produrre “conoscenza” da utilizzare da parte della comunità target per scegliere con maggior consapevolezza e agire per migliorare il proprio livello di salute. In tal senso, è basilare che il progetto identifichi, fin dal momento della sua elaborazione, i gruppi di interesse (stakeholders) e li coinvolga in tutte le sue tappe (elaborazione, realizzazione e valutazione). In particolare, un intenso coinvolgimento dei gruppi di interesse nella valutazione del progetto aumenterà tale “conoscenza” in tal modo rafforzando, per quanto si è detto, gli effetti stessi dell'intervento di promozione sanitaria. La realizzazione della valutazione del progetto, oltre ad essere un'attività del progetto stesso, è stata orientata a scoprire il valore della sua realizzazione, in particolare misurando gli outcomes a breve, medio e, nella misura del possibile, a lungo termine.

La valutazione ha avuto il ruolo non solo di documentare in che misura gli obiettivi di progetto o di salute siano stati raggiunti, ma anche e soprattutto perché e come. La valutazione, quindi è stata non solo di outcome, ma anche e soprattutto di processo.

Documentare la validità di metodi e tecniche, modi e tempi di realizzazioni, strategie e mezzi, ha permesso di perfezionare un intervento che, da sperimentale in 5 scuole pilota del Veneto, può essere esteso ad altre scuole della regione.

Prefiggendosi tali obiettivi, la valutazione del progetto è stata essere “continua” e partecipativa. I responsabili del progetto hanno tenuto un rapporto costante con i ragazzi (peer educators) e gli operatori, allo scopo di monitorare costantemente l'andamento del progetto e di seguire nel tempo l'aderenza delle attività realizzate a quelle previste.

Gli obiettivi e le attività del progetto Sfumiamo i dubbi

In sintonia con l'obiettivo regionale a lungo termine di prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani veneti attraverso la creazione di ambienti favorevoli alla scelta di uno stile di vita libero dal fumo, l'obiettivo generale di *Sfumiamo i dubbi* è quello di promuovere una scuola libera dal fumo, rafforzando la capacità degli studenti di agire nella propria comunità scolastica.

L'obiettivo specifico, quindi, è dotare ciascun istituto scolastico coinvolto di un gruppo di Educatori tra Pari (EP) capaci di coinvolgere le classi in attività di promozione della salute nel campo del tabagismo. In figura 1 sono rappresentate le relazioni tra obiettivo specifico, risultati attesi e attività.

I risultati attesi possono essere così riassunti:

A breve termine

- Acquisizione da parte degli EP (peer educators) di tecniche per la discussione e la gestione di gruppo
- Modifica di conoscenze, atteggiamenti e abitudini degli EP rispetto al fumo
- Modifica di conoscenze e atteggiamenti sul fumo tra gli alunni delle classi target

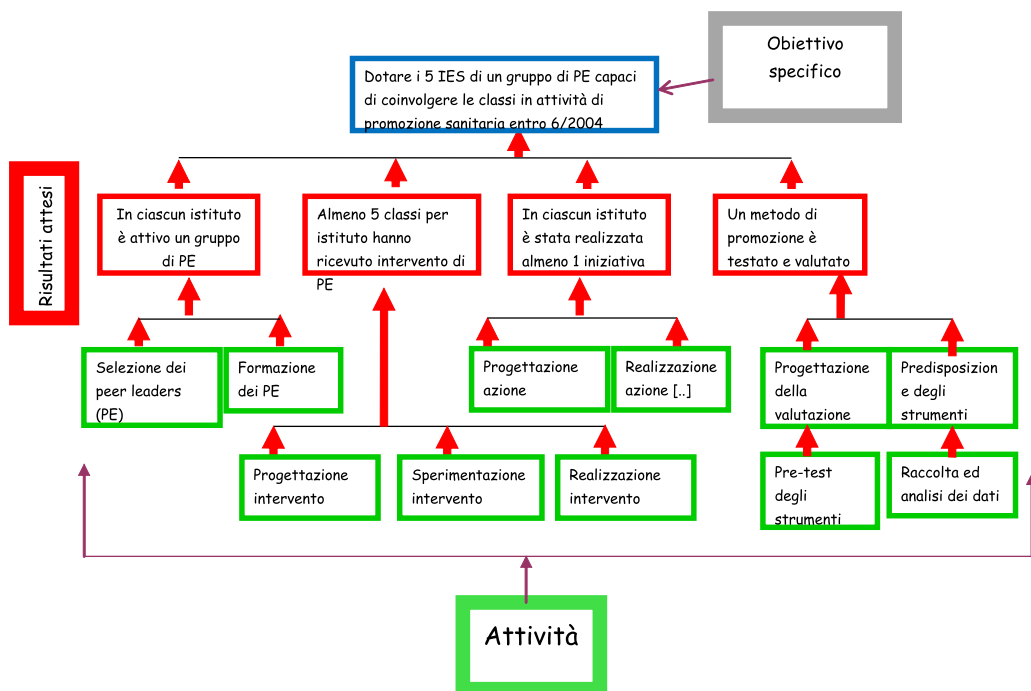
A medio termine

- Acquisizione dell'EP come strumento continuo per la prevenzione del tabagismo all'interno dell'istituto

A lungo termine

- Creazione di un Ambiente Scuola Libera Dal Fumo.

Figura 1 Obiettivo specifico, risultati attesi e attività



Attività e compiti elementari

Le attività in cui si articola il progetto sono ulteriormente scomponibili in compiti principali e compiti elementari: tale processo di analisi permette di poter valutare quali competenze sono necessarie ai peer per poter condurre le azioni programmate.

Il punto di partenza è che ciascuna coppia di peer deve essere in grado di realizzare, al termine dell'attività di formazione, i seguenti compiti:

- Progettare una sessione di PE in una classe
- Realizzare una sessione di PE in una classe
- Progettare un intervento di sensibilizzazione al problema del tabacco nell'Istituto
- Realizzare un intervento di sensibilizzazione al problema del tabacco nell'Istituto.

Ciascun compito principale è stato quindi scomposto in compiti elementari e per ciascuno di esso sono state evidenziate quali abilità gestuali (G), conoscenze (C) e intellettive (I) il ragazzo formato deve avere. Se pure un singolo compito elementare preveda molte volte capacità di diverso tipo, è utile definire qual è la capacità maggiormente necessaria, al fine di indicare se un compito rientra principalmente nell'ambito cognitivo, gestuale o intellettivo.

Nella tabella sotto riportata sono stati analizzati i compiti che ciascun peer deve essere in grado di portare a termine.

Compito Principale: Progettare una sessione di PE in una classe

Compiti elementari	Criteri	G	C	I	Conoscenze (sapere)	Capacità (saper fare)	Attitudini (saper essere)
Lavorare a coppie	Lavorare in modo autonomo, nel rispetto dei tempi, producendo una risposta unica e condivisa				Importanza e valore del lavoro di gruppo	lavorare in due	Flessibilità Disponibilità
Definire la propria presentazione alla classe	Durata 5 minuti				Cosa comunicare Importanza della comunicazione non verbale Il proprio ruolo	Organizzative, selettive	
Definire la presentazione del progetto	Durata 5 minuti La presentazione deve contenere gli obiettivi				Il progetto e gli obiettivi	Organizzative, selettive	
Definire la disposizione della classe	Durata 5 minuti Appropriata all'attività scelta				Diverse disposizioni utilizzate nel programma e loro importanza		
Definire le attività e i relativi materiali	Elenco degli obiettivi, delle fasi dell'attività e del materiale necessario				Tempi, obiettivi e modalità, trappole e materiali delle diverse attività	Organizzative, selettive	
Pianificare la valutazione di gradimento	Scrivere la consegna				Valutazione partecipata	Selettive	
Suddividere i compiti e i ruoli e la sequenza delle azioni	Produrre una scaletta scritta con ruoli, compiti e tempi				Importanza della suddivisione dei compiti e dei ruoli	Organizzative	
Integrare il questionario con domande ad hoc sulle conoscenze	Produrre non più di 3 domande a risposta multipla				Questionario base Cosa chiedere in base ai contenuti scelti	Domande chiare	
Descrivere l'intervento programmato	Durata 5 minuti					Espositive Parlare chiaro	Disposizione al confronto Flessibilità
Verificare l'ambiente aula dove attuare l'intervento	Fare il sopralluogo prima dell'intervento				L'importanza della disposizione della stanza che aiuta la comunicazione		

Compito Principale: Realizzare una sessione di PE in una classe

Compiti elementari	Criteri	G	C	I	Conoscenze (sapere)	Capacità (saper fare)	Attitudini (saper essere)
Disporre del materiale	Materiale adeguato al tipo di attività scelta. Gadget e scheda di valutazione intervento				materiale necessario		
Presentarsi alla classe	Durata 2 minuti. Presentarsi come peer.				Importanza della comunicazione non verbale	Parlare chiaro	Rispetto
Disporre la classe	Cambiare la disposizione incontrata						
Mettere in atto un rompi ghiaccio	Durata 5 minuti				Tipi di rompi ghiaccio		
Presentare il progetto	Durata 1 minuto. Presentare come ricerca di alleanze				Progetto	Sintetizzare Coinvolgere	
Presentare attività	Presentare in ordine obiettivo, regole e modalità del gioco				Metodo, contenuti	Suscitare la curiosità e l'interesse	
Condurre Attività	Dipende dall'attività scelta				Regole, sviluppi, obiettivi, tempi, trappole	Sintetizzare	Ascolto, accoglienza
Portare a compimento l'incontro	Ricondurre la discussione all'obiettivo dell'incontro, sottolineando il messaggio trasmesso				Obiettivo dell'incontro	Sintetizzare	
Valutare il gradimento	Applicare il metodo scelto, ottenendo un giudizio dalla classe				Valutazione partecipata		
Compilare il diario dell'attività	Compilare il diario in tutte le sue parti				Importanza e valore		

Partendo da questa analisi, sono stati definiti obiettivi, metodi e strumenti della valutazione.

La valutazione del progetto Sfumiamo i dubbi

Nel corso dell'anno scolastico 2003/2004 il progetto è stato sperimentato in 5 istituti superiori del Veneto appartenenti ai territori di competenza dell'Az.ULSS 5 Ovest Vicentino, dell'Az.ULSS 7 Pieve di Soligo, dell'Az.ULSS 12 Veneziana, dell'Az.ULSS 17 Este e dell'Az.ULSS 20 Verona con il coinvolgimento di:

- 13 operatori opportunamente formati delle Az.ULSS sopra indicate e della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori-LILT;
- 68 peer educators (EP) appartenenti a 25 classi III° e 10 classi IV°;
- 17 classi I° e 25 classi II° nelle quali gli EP hanno svolto il loro intervento.

Le azioni svolte nel corso di questa I° sperimentazione sono state:

AZIONI	IMPEGNO RICHIESTO E TEMPI
Presentazione del progetto a docenti, studenti e genitori	Spazio all'interno del Consiglio d'Istituto o in altre occasioni opportune Novembre – Dicembre 2003
Incontro con gli insegnanti di riferimento delle classi III° o IV° e con i referenti alla salute	1 h Dicembre 2003
Selezione degli Educatori tra Pari (EP): n° 2 per ogni classe III° o IV° disponibile	1 h, in orario scolastico, per ogni gruppo classe Gennaio 2004

AZIONI	IMPEGNO RICHIESTO E TEMPI
Formazione degli EP	Almeno 10 h, in orario scolastico o extrascolastico basato su metodi interattivi curato da operatori ULSS e/o LILT, Gennaio -Febbraio 2004
Sperimentazione nel proprio gruppo classe	1 h, in orario scolastico Marzo 2004
Supervisione della sperimentazione	Almeno 1 h, in orario scolastico o extrascolastico Marzo 2004
Intervento nelle classi I° o II° dell'Istituto	Almeno 1 h, in orario scolastico, per ogni classe Marzo-Aprile 2004
Monitoraggio, valutazione e programmazione iniziativa d'Istituto	Almeno 3 h, in orario scolastico o extra scolastico Aprile 2004
Conclusione dell'iniziativa a livello d'Istituto	31 maggio 2004 – Giornata Mondiale Senza Tabacco
Restituzione dell'esperienza a docenti, studenti e genitori	Spazio all'interno del Consiglio d'Istituto o in altre occasioni opportune Maggio-giugno 2004

Alla luce dei risultati della prima sperimentazione, nell'anno scolastico 2004-2005 il progetto è stato esteso, con alcune opportune modifiche/integrazioni, ad altri istituti ed è stato sottoposto ad un secondo anno di valutazione. Nel capitolo verranno presentati principalmente i risultati della **prima sperimentazione**, e riportati quelli della seconda sperimentazione che si discostano (indicati nel riquadro, alla voce “**Focus II sperimentazione**”).

(A) Obiettivi della valutazione

Seguendo il mandato della Direzione Regionale Prevenzione e nella prospettiva di estendere l'intervento ad altri Istituti scolastici del Veneto, è stato elaborato e discusso con i referenti e operatori delle Aziende Sanitarie partecipanti alla sperimentazione del progetto un piano di valutazione.

Durante diversi incontri di preparazione, i soggetti coinvolti nella valutazione (rappresentanti della Direzione regionale prevenzione, tecnici del gruppo di valutazione, referenti e operatori delle Ulss) hanno espresso le “domande di valutazione”, sulle quali è stata impostata la raccolta quantitativa e qualitativa (vedi sotto) dei dati.

Gli obiettivi della valutazione sono:

1. **Obiettivo generale**

Descrivere e produrre evidence sulle diverse componenti dell'intervento, al fine di identificarne le modalità per riproporlo in termini di maggiore efficacia.

2. **Obiettivi specifici**

- a. Valutare i cambiamenti in termini di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti, prodotti dalla formazione e dall'esperienza in classe da parte dei PE
- b. Misurare l'efficacia con cui i PE hanno attivato le classi
- c. Descrivere il gradimento dei PE
- d. Descrivere l'adeguatezza delle varie attività del progetto rispetto agli obiettivi

Scomponendo gli obiettivi nelle diverse componenti, la loro articolazione può essere riassunta nella tabella che segue:

Valutazione:	
di processo	
	- attività realizzate in tempi e modi previsti
	- adeguatezza della risorse impiegate
	- appropriatezza del metodo e dello strumento di selezione dei peer
	- efficacia della formazione dei PE
	- partecipazione dei gruppi di interesse
di gradimento	da parte di PE e studenti, insegnanti, genitori e quanti hanno partecipato all'intervento
di outcome	a breve termine: cambiamenti CAPE
	Analisi delle risorse (tempo e persone)

(B) Metodi

La valutazione si è realizzata con un approccio misto, quantitativo e qualitativo.

Approccio quantitativo

Sono stati utilizzati diversi tipi di questionari, alcuni dei quali già validati in altre esperienze, tutti autosomministrati da parte delle figure coinvolte nel progetto (vedi Diagramma di Gantt riportato). Altre informazioni provenienti dai diari (quaderni con schede prestampate) sono state prodotte dai PE relativamente alla loro attività svolta all'interno delle classi visitate e dagli operatori delle Aziende Ulss per documentare ciascuna attività prevista dal progetto.

Approccio qualitativo

Sono stati realizzati 9 focus group con 7-12 partecipanti ciascuno, con operatori delle Aziende Ulss, insegnanti, PE e studenti delle classi I e II superiore.

Gli aspetti indagati nel corso dei focus group hanno riguardato:

- il giudizio generale sull'intervento
- l'aspetto rimasto maggiormente impresso
- le aspettative
- i punti critici ed i punti forza emersi
- gli aspetti organizzativi
- la selezione dei pari
- la formazione
- l'utilità dell'intervento e cosa si è notato dopo
- significato ed utilità dell'evento d'istituto e i cambiamenti che si potrebbero apportare in generale al progetto e alla sua organizzazione.

(C) Strumenti per la rilevazione dei dati

Scheda d'Istituto

Compilatore: operatore Azienda Sanitaria

La scheda prevede la rilevazione dello stato dell'ambiente scuola rispetto al fumo di tabacco. Vengono rilevate la presenza di cartelli attestanti il divieto di fumo, la presenza di personale che fuma (professori, personale non scolastico), i luoghi dove si fuma, la presenza nel passato di interventi per la prevenzione del tabagismo.

Scheda di monitoraggio delle attività svolte dei responsabili locali del progetto

Compilatore: responsabile locale del progetto

Ciascun responsabile dello sviluppo locale del progetto compila una scheda riassuntiva delle azioni e dell'impegno richiesto per l'attuazione delle attività svolte. Obiettivo della scheda è di monitorare il carico di lavoro richiesto.

Diario degli operatori

Compilatore: operatore Azienda Sanitaria

Il diario degli operatori è lo strumento di monitoraggio delle azioni che ciascun operatore compie nel percorso di attuazione dell'intervento.

Per ciascuna azione del progetto è prevista la compilazione di una scheda, che rileva tempi, modalità, raggiungimento degli obiettivi proposti, punti di difficoltà e punti critici. Il diario permette di descrivere passo per passo l'attuazione sperimentale dell'intervento, permette agli operatori di valutare se sono stati ottenuti gli obiettivi preposti a ciascuna attività.

Scheda di osservazione dell'incontro di sperimentazione

Compilatore: operatore Azienda Sanitaria

La scheda permette all'osservatore – operatore di rilevare e analizzare modalità di conduzione e atteggiamenti del PE durante l'incontro di sperimentazione. La scheda contiene una serie di domande che permettono di verificare se il PE ha acquisito le capacità e le attitudini necessarie.

Diario dei Peer

Compilatore: coppia di PE

Analogamente al diario per gli operatori, anche ai PE è chiesto di compilare un diario di rilevazione della propria attività, che permetta loro di valutare come sono state condotte le azioni che hanno deciso e quali obiettivi hanno raggiunto.

Questionario di entrata per i peer educator

Compilatore: PE

Il questionario, autocompilato, rileva abitudine, atteggiamenti e attitudine rispetto al fumo da parte dei PE. Viene compilato prima della formazione, è anonimo, ma identificabile con un codice che il ragazzo si assegna alla compilazione.

Questionario di valutazione dell'apprendimento dei peer educator

Compilatore: PE

Il questionario, autocompilato, ha l'obiettivo di valutare se le conoscenze trasmesse durante la formazione, sono state acquisite dai PE. In particolare, testa le conoscenze sui principale metodi utilizzati, sui danni alla salute legati al consumo i tabacco ecc.

Questionario di uscita per i peer educator - Questionario di gradimento per i Peer educator

Compilatore: PE

Il questionario, autocompilato, rileva abitudine, atteggiamenti e attitudine rispetto al fumo da parte dei PE, al termine dell'intero sviluppo dell'intervento educativo nella scuola.
 Valuta la partecipazione dei PE alle attività proposte ha portato qualche modifica su abitudine, atteggiamenti e attitudine rispetto al fumo.

Questionario di entrata per gli studenti delle classi I° o II° , e delle classi III o IV

Compilatore: studenti delle classi che devono incontrare i PE

Il questionario, autocompilato, rileva abitudine, atteggiamenti e attitudine rispetto al fumo da parte dei ragazzi che incontrano la coppia di PE.

Questionario di uscita per gli studenti delle classi I° o II° e delle classi III o IV

Questionari di gradimento per le classi che hanno incontrato i PE

Compilatore: studenti delle classi che hanno incontrato i PE

Il questionario, autocompilato, rileva abitudine, atteggiamenti e attitudine rispetto al fumo da parte dei ragazzi al termine dell'intero sviluppo dell'intervento educativo nella scuola.

Focus group con insegnanti, peer, studenti delle classi target

I focus group sono stati svolti al termine dell'anno scolastico (maggio-giugno) con l'obiettivo di raccogliere il maggior numero possibile di opinioni, percezioni ed esperienze relative al progetto.

Cronogramma della rilevazione – il diagramma di Gantt

La scansione temporale della somministrazione degli strumenti della valutazione è riportata nel diagramma di Gantt. La durata complessiva della rilevazione dei dati è di 6 mesi.

Strumento	Compilatore	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
Scheda d'Istituto	operatore						
Scheda di monitoraggio delle attività svolte	responsabile progetto						
Diario degli operatori	operatore						
Scheda di osservazione dell'incontro di sperimentazione	operatore						
Diario dei Peer	peer						
Questionario di entrata per i peer educator	peer						
Questionario di valutazione dell'apprendimento dei peer educator	peer						
Questionario di uscita per i peer educator	peer						
Questionario di entrata per gli studenti delle classi I° o II° , e delle classi III o IV	studenti						
Questionario di uscita per gli studenti delle classi I° o II° e delle classi III o IV	studenti						
Questionario di gradimento per i Peer educator	peer						
Questionari di gradimento per le classi che hanno avuto l'intervento dei PE	studenti						
Focus group con insegnanti, peer, studenti target	operatori						

Risultati

Come già precedentemente accennato, il progetto è stato sottoposto a valutazione per due anni scolastici consecutivi (2003/2004 e 2004/2005). Nel presente estratto, verranno presentati i dati relativi alla prima sperimentazione e verranno riportati quelli della seconda sperimentazione che si discostano (indicati nel riquadro, alla voce “**Focus II sperimentazione**”).

Nelle tabelle che seguono sono riportati i questionari analizzati nelle due sperimentazioni.

Anno scolastico 2003/2004 (prima sperimentazione)

Questionari analizzati

	Pre-intervento		Post- intervento		Formazione
Peer	72		57		68
	Ragazzi=39	Ragazze=30	Ragazzi=28	Ragazze=26	
	3 missing		3 missing		
	Classi	Studenti	Classi	Studenti	
Studenti classi 1 e 2	35	766 46% ragazze 54% ragazzi	35	700 47% ragazze 53% ragazzi	
Studenti classi 3 e 4	23	467 39% ragazze 61% ragazzi	24	397 40% ragazze 60% ragazzi	
Totale studenti		1.233		1.097	

Anno scolastico 2004/2005 (seconda sperimentazione)

Questionari analizzati

	Pre-intervento		Post- intervento		Formazione
Peer	170		147		147
	Ragazzi=53	Ragazze=116	Ragazzi=48	Ragazze=53	
	1 missing		2 missing		

I risultati sono raggruppati per 4 macroargomenti:

- Valutazione dell'attività formativa dei peer: esamina le ricadute dell'attività formativa dei peer in termini di conoscenze e abilità
- Partecipazione al progetto: esamina il gradimento e l'accettabilità sia dei peer che degli studenti
- Effetto su opinioni, atteggiamenti e comportamenti dei peer
- Effetti su opinioni, atteggiamenti e comportamenti degli studenti delle classi target

Per ciascun argomento, ai risultati dell'analisi quantitativa, viene affiancato quanto emerso nei focus group analizzati.

a) Sul tabacco

Dai risultati ottenuti si nota un generale miglioramento delle conoscenze: infatti, prima dell'intervento le risposte alle domande sul tabagismo erano molto disperse fra le varie opzioni di risposta, indicando una certa confusione; dopo l'attività formativa, alla maggior parte di esse i ragazzi hanno risposto nel modo corretto (Tabella 1).

Ad esempio, prima della formazione, alla domanda "Quanti sono i fumatori in Italia", solo l'11% aveva risposto correttamente, sovrastimando la corretta percentuale, mentre nel questionario finale le risposte corrette sono state l'81%.

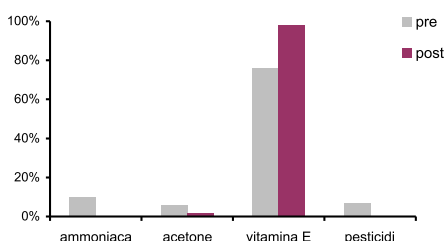
Tabella 1: Percentuale di risposte corrette prima e dopo la formazione

Il fumo di tabacco:	% di risposte corrette	
	Pre	Post
provoca denti gialli	96%	3%
non provoca rughe	21%	100%
riduce le prestazioni sessuali per i maschi	55,5%	79%
provoca alito cattivo	90%	98,5%
riduce il rischio di infarto	92%	97%
aumenta il rischio di tumori	97%	100%
Provoca carie	19%	65%

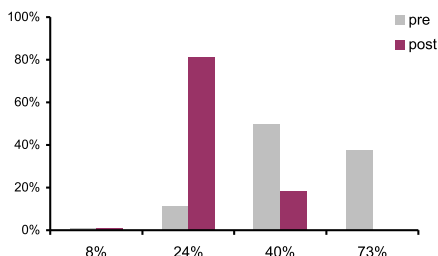
Discorso simile vale per la domanda relativa alla stima dei deceduti per tabacco in Italia; si passa da un valore iniziale pari al 23% di risposte corrette – la maggior parte dei ragazzi tende a sottostimare il numero di decessi - ad un 74% dopo la formazione.

Nei grafici sono riportate le distribuzioni di risposta per alcune domande

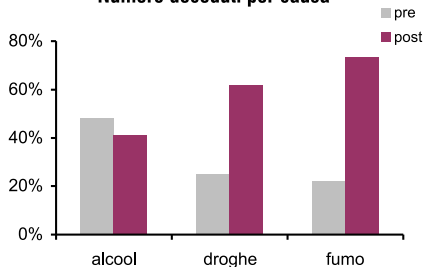
Sostanze non presenti nella sigaretta



Prevalenza fumatori in Italia



Numero deceduti per causa



b) Sui metodi utilizzati

L'obiettivo principale del progetto è stato compreso da tutti i peer (100%). La maggioranza dei peer ha acquisito gli atteggiamenti necessari per proporsi come educatore alla pari alla classe (tabella 2). I PE hanno dimostrato di aver appreso le informazioni necessarie per un utilizzo adeguato delle attività proposte, ad esclusione del problem solving, per il quale rimangono incertezze (tabella 3).

Tabella 2: Atteggiamenti del peer educator

Quali dei seguenti atteggiamenti deve avere l'educatore alla pari in classe?	
▪ incoraggiare la partecipazione di tutti senza forzare	100%
▪ non esprimere giudizi, né moralizzare	70%
▪ esprimere alcuni giudizi, ma non moralizzare	41%
▪ incoraggiare la franchezza e la diversità di opinioni	98,5%
▪ far parlare chi rimane in silenzio	59%

Tabella 3: Conoscenza sull'obiettivo dei metodi utilizzati

Indica quale metodo è più indicato per...	Role-playing	Valutaz. partecipata	Rompi ghiaccio	Brain storming	Foto linguaggio	Problem solving	Informaz. corretta
...creare in classe un clima favorevole per una migliore comunicazione /interazione tra i partecipanti		1,5%	88%	7,5%			3%
...fare esprimere a tutti i partecipanti le proprie idee	1,5%	3%	1,5%	84%	1,5%	6%	3%
...capire se l'intervento nella classe è piaciuto		82%	3%	7,5%	1,5%	6%	
...fare esprimere a tutti i partecipanti ad le proprie idee attraverso delle immagini			1,5%	6%	92,5%		
...riflettere sulle possibili risposte ad un problema	6%	15%		15%		54%	10%
...creare delle scene dove le persone si sperimentano in ruoli diversi	86,5%		1,5%			12%	
...aumentare le conoscenze sul tabacco		1,5%			1,5%		97%

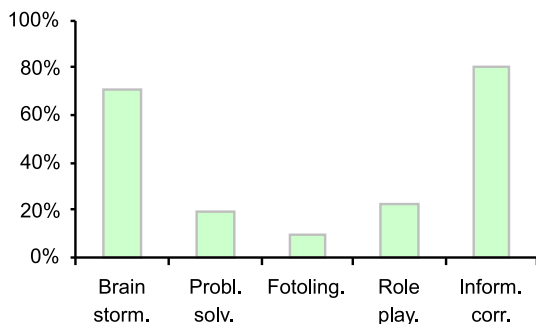
Capacità

I diari compilati dai peer che hanno fatto la sperimentazione sono stati 31.

Le coppie di peer che hanno deciso di utilizzare il rompighiaccio sono state 17 (55%).

Le attività più praticate nel corso della sperimentazione sono state il *brainstorming* e l'*informazione corretta*: la prima è stata utilizzata in 22 classi (71%), mentre l'informazione corretta è stata scelta da 25 coppie di peer (81%) (grafico 1).

Grafico 1: Attività proposte



FOCUS SECONDA

SPERIMENTAZIONE

Nella seconda sperimentazione, il rompighiaccio è stato utilizzato dall'85% dei peer; le tecniche più utilizzate sono state il brainstorming e l'informazione corretta.

Nel 65% delle sperimentazioni svolte è stata utilizzata la valutazione partecipata. Il tipo maggiormente utilizzato è stato quello della scelta di un aggettivo per descrivere l'incontro (50%), mentre nel 35% delle classi i peer hanno deciso di svolgere la valutazione partecipata attraverso la discussione di gruppo.

Il 95% dei peer ha dichiarato di essersi sentito all'altezza di condurre le varie attività dell'incontro di sperimentazione nella propria classe: soltanto il 7% ha evidenziato di non essersi sentito del tutto preparato.

Valutazione da parte degli operatori

Secondo il giudizio degli operatori che hanno assistito alla sperimentazione, il 90% delle coppie si è presentata in modo chiaro e ha seguito bene la traccia preparata; l'80% ha presentato con chiarezza il progetto (solo una coppia non è stata in grado di presentare adeguatamente l'iniziativa).

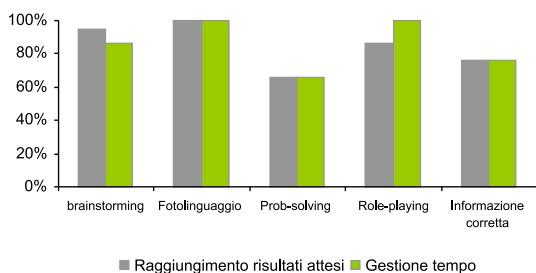
Il 60% ha disposto la classe in modo corretto rispetto alle iniziative da svolgere.

I ragazzi hanno affrontato la sperimentazione portando con sé, nella grande maggioranza dei casi, tutto il materiale necessario; la gestione del tempo a disposizione per la realizzazione delle attività programmate è stata buona.

Gli operatori hanno dato un giudizio soddisfacente alla modalità di conduzione delle attività, sia riguardo al raggiungimento dei risultati attesi, che alla gestione del tempo (grafico 2).

Due caratteristiche che hanno determinato la generale buona riuscita della sperimentazione sono state la capacità di collaborazione tra i due peer (in 25 casi buona o ottima, pari all'80%) e la qualità della gestione del tempo (è risultata non adeguata soltanto per una coppia).

Grafico 2: Raggiungimento dei risultati attesi e gestione del tempo



FOCUS SECONDA SPERIMENTAZIONE

Nella seconda sperimentazione, tra le attività è stato tolto il "problem solving" e sostituito con l'attività "Story telling": più del 90% degli EP, ha appreso tutte tecniche illustrate.

FOCUS SECONDA SPERIMENTAZIONE

Nella seconda sperimentazione, sono state appaiate 58 schede (valutazione operatore-valutazione peer): le valutazioni da parte dei peer non si discostano molto da quelle relative alla prima sperimentazione.

Sono un po' peggiorate le valutazioni da parte degli operatori: rimane alta la percentuale di operatori -90%- che dichiarano un'atteggiamento di interesse da parte dei ragazzi a cui i peer hanno rivolto l'intervento.

Riguardo al comportamento dei peer, 57 di loro hanno tenuto un comportamento spontaneo, mentre solo 5 peer si sono comportati in modo formale: questo ha evidentemente contribuito a rendere piacevole e sereno il clima all'interno della classe, ma allo stesso tempo, in alcuni casi, ha reso necessario l'intervento dell'osservatore esterno per chiedere silenzio agli studenti meno interessati all'esperimento.

Confronto tra la autovalutazione dei peer e la valutazione dell'operatore

E' stato possibile appaiare 29 schede relative all'autovalutazione dei peer sulla propria attività di sperimentazione con il giudizio dato agli stessi dagli operatori.

La tabella 4 riporta le distribuzioni percentuali di risposta date sugli stessi parametri dai peer e dagli operatori. Complessivamente il giudizio dei peer si attesta su livelli peggiori rispetto a quello degli operatori. Il 21% dei peer ha colto indifferenza tra i ragazzi della propria classe, mentre tale percentuale si riduce al 7% nella valutazione data dagli operatori. L'accordo è maggiore rispetto alla presentazione del progetto, alla collaborazione tra i due peer. La differenza di opinione è significativa relativamente alla capacità dei peer di seguire la traccia dell'intervento.

Tabella 4: Percentuali di risposta giudizi peer / operatori

		Operatore %	Peer %
Traccia	<i>Sufficiente</i>	10	10
	<i>Buono</i>	45	66
	<i>Ottimo</i>	45	24
Presentazione	<i>Poco chiara</i>	10	7
	<i>Abbastanza chiara</i>	48	62
	<i>Molto chiara</i>	41	31
Progetto	<i>Inadeguato</i>	3	0
	<i>Poco chiaro</i>	14	3
	<i>Abbastanza chiaro</i>	52	63
	<i>Molto chiaro</i>	31	34
Collaborazione	<i>Sufficiente</i>	18	7
	<i>Buono</i>	34	38
	<i>Ottimo</i>	48	55
Tempo	<i>Inadeguato</i>	7	0
	<i>Sufficiente</i>	31	24
	<i>Buono</i>	28	41
	<i>Ottimo</i>	34	35
Atteggiamento	<i>Opposizione</i>	3	3
	<i>Indifferenza</i>	7	21
	<i>Interesse</i>	90	76

Confronto tra l'autovalutazione dei peer relativa alla sperimentazione e all'intervento nelle classi I o II.

I peer hanno compilato lo stesso questionario di valutazione dell'attività svolta sia dopo la sperimentazione che dopo l'intervento nella classe degli studenti più giovani.

Il numero di questionari compilati in entrambi i momenti e appaiati sono 31.

I peer hanno giudicato la loro attività svolta nella classe I o II in modo migliore rispetto alla sperimentazione (tabella 5).

La differenza tra i giudizi è significativa per quasi tutti i parametri esaminati. Secondo il giudizio dei peer stessi, durante l'intervento la presentazione del progetto e di se stessi è stata più chiara e gli studenti hanno dimostrato per le attività proposte maggiore interesse. Anche la valutazione sulla collaborazione tra i peer e la gestione del tempo sono migliorate: nella sperimentazione il 55% delle coppie di peer hanno giudicata ottima la collaborazione, nell'intervento il 74%. Per quanto riguarda la gestione del tempo, l'hanno valutata in modo ottimo il 32% degli peer alla sperimentazione contro il 52% all'intervento.

Tabella 5: Giudizi dei peer su sperimentazione e intervento

		Operatore %	Peer %
Traccia	<i>Sufficiente</i>	10	6
	<i>Buono</i>	68	52
	<i>Ottimo</i>	22	42
Presentazione	<i>Poco chiara</i>	6	3
	<i>Abbastanza chiara</i>	62	39
	<i>Molto chiara</i>	32	58
Progetto	<i>Inadeguato</i>	0	0
	<i>Poco chiaro</i>	3	0
	<i>Abbastanza chiaro</i>	65	45
	<i>Molto chiaro</i>	32	55
Collaborazione	<i>Sufficiente</i>	6	0
	<i>Buono</i>	39	26
	<i>Ottimo</i>	55	74
Tempo	<i>Inadeguato</i>	0	0
	<i>Sufficiente</i>	29	13
	<i>Buono</i>	39	35
	<i>Ottimo</i>	32	52
Atteggiamento	<i>Opposizione</i>	3	0
	<i>Indifferenza</i>	19	3
	<i>Interesse</i>	78	97

FOCUS GROUP

Valutazione dell'attività formativa dei peer

Dall'analisi qualitativa, peer e operatori concordano che l'attività di formazione ha permesso di **umentare conoscenze, nozioni e dati** sul fenomeno del fumo, oltre che una serie di tecniche e di strumenti per la conduzione di gruppi. In un focus group con i peer è emerso che la formazione è servita anche a rinforzare **le motivazioni per non fumare**.

Inoltre sia i peer che gli studenti hanno evidenziato l'utilità della formazione anche nel rapportarsi con gli altri e nell'assumere un ruolo diverso nell'ambito scolastico.

Gli operatori mettono in evidenza che la formazione dei peer ha permesso loro anche lo sviluppo di un approccio più complessivo alla salute, oltre che l'acquisizione della consapevolezza dei propri limiti ed abilità.

Rispetto alla sperimentazione svolta nella propria classe i peer ne evidenziano l'utilità (1 focus), ma nel contempo anche **le difficoltà nel condurre l'attività legate all'essere sottovalutati dai propri compagni**, per il grado di confidenza presente, e quindi denunciano la scarsa collaborazione dei propri compagni alle attività proposte (3 focus). Vengono apprese attività costruttive, non solo lezioni frontali (1 focus), che permettono il coinvolgimento e l'elaborazione personale (2 focus) anche divertendosi (3 focus) e attraverso un importante momento di socializzazione di gruppo (4 focus). Rispetto all'organizzazione della formazione si suggerisce l'opportunità di non concentrarla eccessivamente e di prevederla in orario scolastico (4 focus).

Tra le attività maggiormente apprezzate ed utilizzate negli interventi programmati dai peer ritroviamo il rompicchiaccio ed il fotolinguaggio (3 focus) pur presentando, quest'ultimo, un limite di tempo per cui non può essere utilizzato negli interventi di durata pari a un'ora scolastica. Il role playing e il brainstorming li ritroviamo al secondo posto come scelta (2 focus). Le difficoltà maggiori incontrate e rilevate anche da parte degli operatori non riguardano solo la conduzione delle attività, ma soprattutto, la fase finale di **sintesi ed elaborazione (3 focus) oltre che i tempi ristretti (5 focus)**. Nel corso dell'intervento si è rilevato almeno in un focus che è stato utile per l'apprendimento dei peer nella conduzione di gruppo oltre che nel coordinamento tra essi, che è stato divertente, che si è seguito veramente, che è comunque difficile affrontare un comportamento "normale" come il fumo, che non era sufficientemente chiara la finalità dell'intervento. Inoltre, nel corso dell'intervento in tutti 3 i focus con i peer è emersa la **soddisfazione nell'essere ascoltati**.

a) Dei peer

L'esperienza come educatore tra pari è stata valutata con entusiasmo: infatti oltre il 91% dei peer ha risposto che la consiglierebbe ai suoi amici e più del 93% l'ha considerata un'esperienza assolutamente positiva, risultato analogo rilevato anche nella seconda sperimentazione.

Anche i peer fumatori hanno apprezzato l'iniziativa: tuttavia alcuni hanno espresso qualche perplessità sull'opportunità di consigliare l'esperienza ad un amico (grafico 3).

I peer hanno dato un giudizio su una scala da 1 a 10 sulle attività proposte rispetto all'utilità, alla facilità e all'interesse suscitato (vd Tabella 6). I giudizi sono stati globalmente alti.

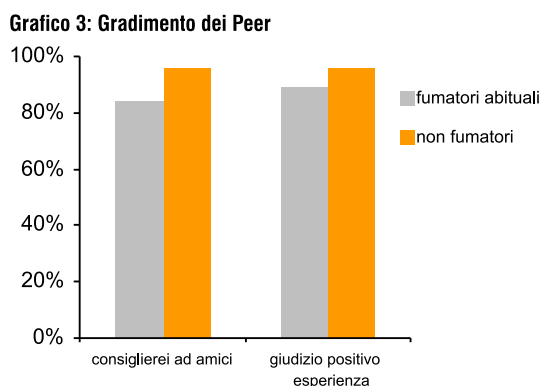


Tabella 6: Modalità di risposta sulle attività e relativi indicatori

Attività	Risposte	Media	Deviazione standard	Punteggio minimo	Punteggio massimo
Interessante?					
Rompighiaccio	43	8.3	1.6	4.0	10.0
Brainstorming	41	7.5	2.1	2.0	10.0
Fotolinguaggio	29	8.1	1.3	6.0	10.0
Role playing	27	7.0	2.7	1.0	10.0
Problem solving	21	7.8	1.3	5.0	10.0
Informazione	44	8.3	1.4	6.0	10.0
Utile?					
Rompighiaccio	43	8.6	1.4	4.0	10.0
Brainstorming	42	7.7	2.2	2.0	10.0
Fotolinguaggio	30	8.1	1.4	6.0	10.0
Role playing	26	6.7	2.5	1.0	10.0
Problem solving	22	7.7	2.1	1.0	10.0
Informazione	44	9.2	0.9	7.0	10.0
Facile?					
Rompighiaccio	44	8.7	1.6	3.0	10.0
Brainstorming	41	7.5	1.7	3.0	10.0
Fotolinguaggio	32	7.5	1.5	4.0	10.0
Role playing	26	7.5	2.1	1.0	10.0
Problem solving	22	7.5	0.9	6.0	9.0
Informazione	43	7.9	1.6	4.0	10.0

b) Degli studenti

I ragazzi intervistati hanno giudicato l'intervento interessante (più del 40%) e utile (35%); circa il 10% degli studenti ha considerato l'intervento noioso (grafico 4).

Il 20% dei ragazzi vorrebbe fare l'educatore alla pari, il 39% è indeciso: la percentuale non si differenzia tra i ragazzi del biennio rispetto a quelli del triennio.

Più dell'85% degli studenti intervistati considera l'intervento educativo tenuto da pari o da un esperto esterno più utile rispetto a quello fatto da un insegnante. Le percentuali non si differenziano tra biennio e triennio, come si vede dal grafico 5.

Dal giudizio dato dagli operatori, l'87% degli studenti ha dimostrato interesse per le attività svolte (26 classi su 31), nel 10% dei casi è stata dimostrata indifferenza, infine, l'opposizione è emersa in una sola classe.

Grafico 4: Giudizio dell'intervento educativo a seconda della classe frequentata

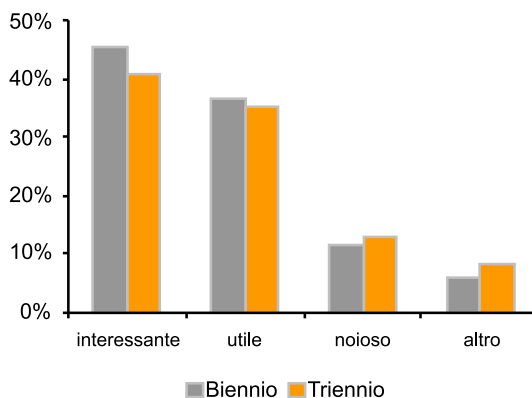
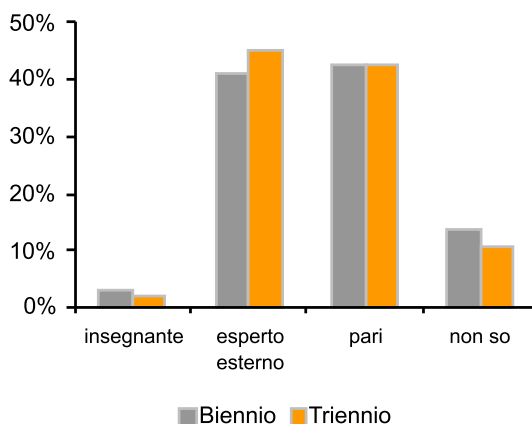


Grafico 5: Utilità dell'intervento educativo a seconda del soggetto educatore



FOCUS GROUP

Partecipazione al progetto

In relazione alla figura dell'educatore tra pari emerge la **soddisfazione nell'essere selezionati dai propri compagni in quanto punto di riferimento** (3 focus), stimato e ritenuto una persona socievole e con personalità (2 focus), un educatore anche se non sempre corrisponde al più bravo da un punto di vista scolastico (1 focus) che si ritiene essere più responsabile perchè rappresenta la classe.

La diversità dell'intervento proposto rispetto agli interventi tradizionali di prevenzione con operatori risulta essere tra le aspettative di peer ed operatori (2 focus), ma anche ci si aspettava di dover insegnare, dare nozioni (2 focus), di perdere tempo, di divertirsi, che fosse uno scherzo (1 focus).

Gli insegnanti, pur ritenendo positivo il metodo di intervento proposto hanno messo in rilievo alcune criticità rispetto al fatto che fossero dei ragazzi gli "educatori", **perplexità legate alle competenze possedute dai peer, all'opportunità di affidare la classe a dei minorenni** e al timore che l'intervento potesse indurre a fumare (1 focus). Rispetto **all'atteggiamento degli insegnanti** verso il progetto in eguale misura (5 focus) si evidenziano **interesse e partecipazione**, ma anche **scetticismo, indifferenza e opposizione** (3 focus) e **sentirsi "messi in disparte"** (2 focus). In un focus con gli operatori si rileva che, comunque, gli insegnanti che fumavano hanno continuato a farlo.

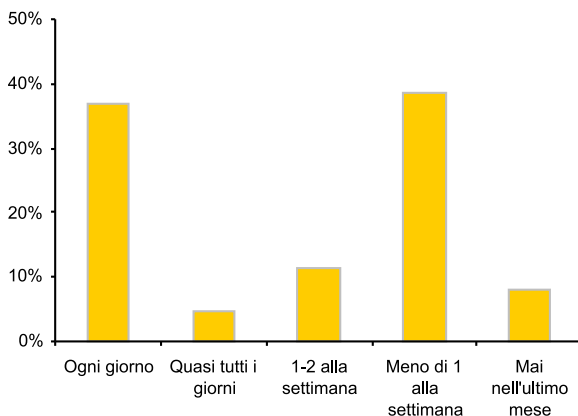
Uno degli aspetti ritenuti maggiormente interessanti dell'intervento, rilevato in 4 focus, è stata la possibilità di sperimentarsi in un ruolo diverso ovvero **la novità del metodo** così come dichiarato sia dai pari, che dagli studenti e dagli operatori, il fatto che fossero dei ragazzi a proporre l'attività ad altri ragazzi, e non esperti o docenti, ha colpito e ha dato grandi soddisfazioni per l'interesse e la partecipazione dimostrata dalle classi e per l'utilità dell'esperienza anche nella vita al di fuori della scuola (3 focus) o nelle altre attività scolastiche. Gli stessi peer ne sono rimasti piacevolmente sorpresi, non credevano di riscuotere un tale interesse, di essere accolti ed ascoltati dai più piccoli. In almeno un focus, inoltre, tra gli aspetti più impressi sono, accanto al ritenere questo progetto oneroso quanto accattivante, **il lavoro di gruppo tra peer, l'interrompere il ritmo scolastico, ma è servito a promuovere la salute nella scuola, anche se ha colpito che i peer fossero dei fumatori.**

Descrizione dei peer

La maggior parte dei peer (il 92%) ha fumato almeno una volta, ma coloro che tuttora fumano almeno una sigaretta a settimana rappresentano il 51% degli intervistati (grafico 6).

E' interessante vedere quali sono le intenzioni dei fumatori riguardo il fumo. Coloro che affermano di avere fumato ma credono di poter smettere rappresentano il 65% dei peer prima dell'incontro con gli operatori socio-sanitari; successivamente questa percentuale sale all'84%. Inoltre, prima di partecipare all'incontro formativo, i fumatori intervistati che ritengono non sia facile smettere di fumare rappresentano l'75%; in seguito a questo incontro, la percentuale passa al 95%. Di conseguenza, il pensiero comune agli intervistati è che non sia facile smettere di fumare, indipendentemente dalle informazioni che gli sono state fornite nel corso dell'incontro di formazione con gli operatori esterni.

Grafico 6: Abitudine al fumo

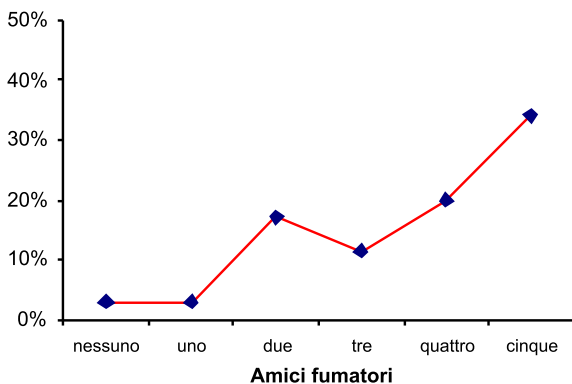


Ambiente e fumo

La percentuale di peer che dichiarano di aver fumato *nell'ultimo mese* cresce all'aumentare degli amici fumatori, raggiungendo il 18% in corrispondenza di 5 amici fumatori.

Inoltre, con il crescere del numero degli amici fumatori frequentati, aumenta anche la percentuale di coloro che sono propensi ad accettare la sigaretta offerta da un loro amico, passando dal 3% di coloro che non hanno amici che fumano al 35% di chi ha 5 amici fumatori (grafico 7).

Grafico 7: Percentuale di coloro che fumerebbero una sigaretta offerta da un amico per numero di amici fumatori



Opinioni ed atteggiamenti

La partecipazione dei peer al progetto ha determinato un parziale cambiamento dell'idea riguardo al contesto sociale in cui si vive; infatti, mentre prima di iniziare il percorso formativo il 26% dei peer fumatori aveva affermato di essere d'accordo riguardo il divieto di fumare a scuola, in seguito questa percentuale è scesa al 21% (grafici 8 e 10). Per quanto riguarda i non fumatori la percentuale è passata dal 70% al 79% (grafici 9 e 11).

Grafico 8: Opinione dei fumatori sul rispetto della legge a scuola

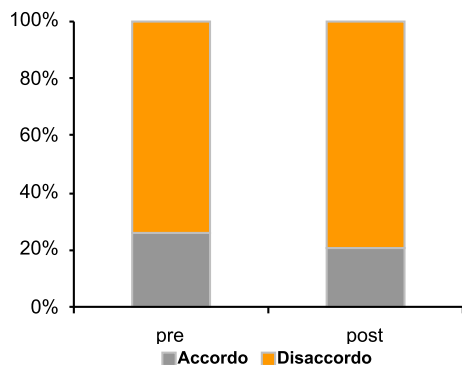


Grafico 9: Opinione dei NON fumatori sul rispetto della legge a scuola

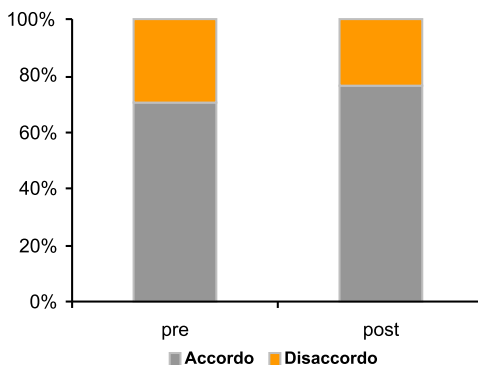


Grafico 10: Opinione dei fumatori sul fatto che i genitori non dovrebbero permettere ai figli di fumare

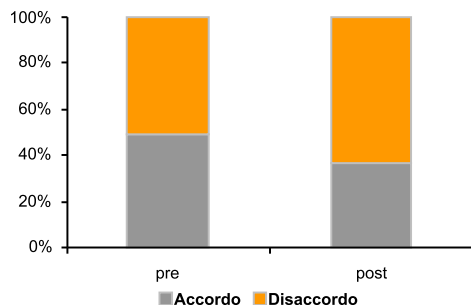
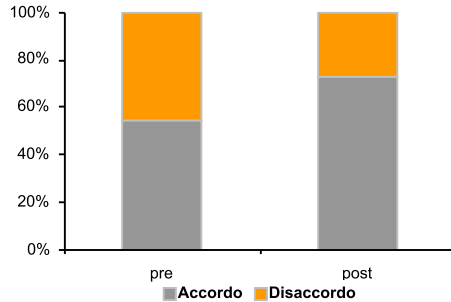


Grafico 11: Opinione dei NON fumatori sul fatto che i genitori non dovrebbero permettere ai figli di fumare



È interessante notare come la partecipazione degli intervistati al progetto abbia influenzato la loro opinione nei confronti dei fumatori (grafici 12 e 13). Dai risultati ottenuti si nota un cambio dell'opinione che hanno i peer fumatori quando vedono un uomo o una donna che fuma. Prima del percorso formativo l'85% degli interpellati giudicavano un fumatore come una persona di successo; successivamente questa percentuale è passata al 30%, affermando che un fumatore lo vedono come una persona insicura. Per i non fumatori la diminuzione di questa percentuale è ancora più marcata, infatti passa dal 58% al 4%.

Grafico 12: Opinione positiva di chi fuma da parte di un fumatore

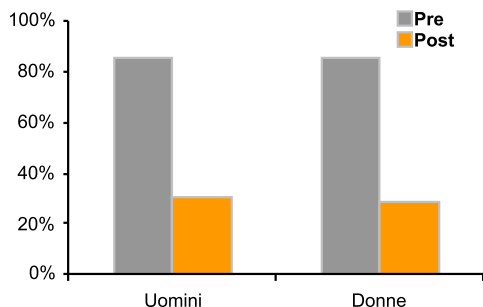
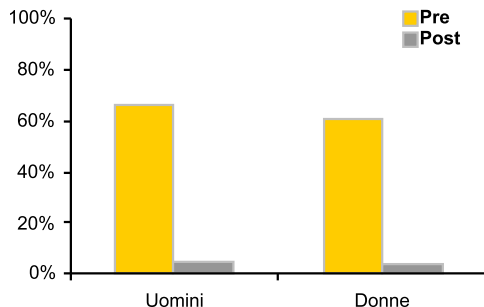


Grafico 13: Opinione positiva di chi fuma da parte di un non fumatore



Anche per quanto riguarda l'atteggiamento dei peer nei confronti del fumo si possono evidenziare ulteriori conferme. Si pensi che, mentre prima dell'incontro con gli operatori esterni il 65% dei peer fumatori aveva intenzione di smettere di fumare, in seguito a questo incontro la percentuale è salita all'84%. Tra i peer non fumatori è emersa un'altra conferma: in entrambi i momenti in cui si sottoposti al questionario, più del 30% degli intervistati ha affermato che non ha alcuna intenzione di fumare.

FOCUS GROUP

Effetto su opinioni, atteggiamenti e comportamenti dei peer

Rispetto ai risultati attesi e a quanto effettivamente osservato dopo l'intervento emerge fin da subito che si riteneva questa iniziativa non mirata a far smettere di fumare (6 focus) a meno che la persona non fosse già intenzionata a smettere; d'altro canto si riconosce tale iniziativa di natura preventiva rispetto a chi non sta fumando (5 focus). Si riconosce l'utilità del progetto nel far sorgere dei dubbi e sensibilizzare rispetto ad un argomento tanto inflazionato, come il tabacco, ma trattato in modo diverso, partendo dalle idee delle persone, diventa interessante (3 focus).

Descrizione dei ragazzi

Il 61% dei ragazzi (1.233 alunni) dichiara di avere provato a fumare, senza distinzione tra i sessi: il 17% del totale continua a fumare tutti i giorni e il 25% fuma almeno 1 sigaretta alla settimana.

Non si hanno differenze significative fra gli studenti del biennio e quelli del triennio. Nel primo, ha provato a fumare il 60% dei ragazzi, percentuale che sale al 63% nel triennio. Di questi, nel biennio, il 15% fuma tutti i giorni, mentre nel triennio la percentuale si innalza al 19% degli intervistati (grafico 14).

Le amicizie influenzano il comportamento dei ragazzi nei confronti del tabacco: la percentuale di ragazzi che hanno sperimentato il fumo di sigaretta aumenta notevolmente all'aumentare del numero di amici, tra i migliori, che fumano.

Fra gli studenti che fumano regolarmente almeno 1 sigaretta a settimana, l'83% ha fra i suoi migliori amici più di tre fumatori, la percentuale si abbassa al 30% fra i non fumatori: i ragazzi che tra i loro migliori amici non hanno fumatori non fumano, mentre all'estremo 2 su 3 ragazzi che frequentano compagnie di fumatori fumano.

Gli amici fumatori influenzano anche la sperimentazione del tabacco (grafico 15), così come l'ambiente familiare: infatti fra coloro che hanno provato a fumare il 42% ha almeno un genitore fumatore, contro il 34% dei non fumatori. Inoltre uno studente su tre che ha almeno un genitore fumatore è fumatore regolare, mentre soltanto uno su cinque diventa fumatore non avendo i genitori fumatori.

Grafico 14: Abitudine al fumo per classe frequentata

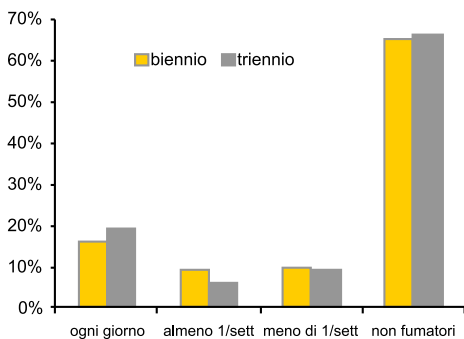
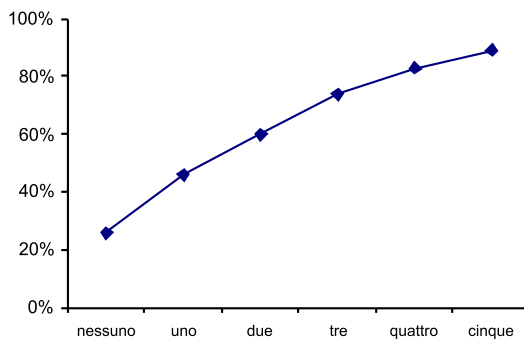


Grafico 15: Percentuale di sperimentatori per numero di amici fumatori

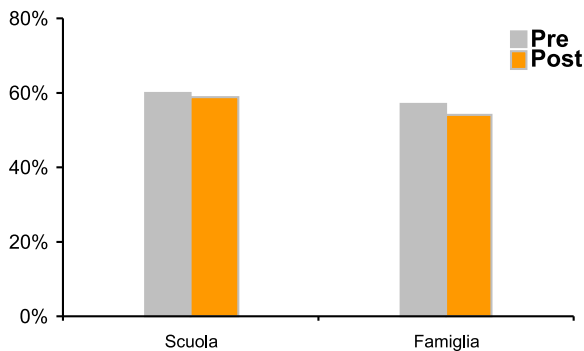


Opinioni e atteggiamenti

Il fumo passivo viene considerato in maniera diversa fra coloro che hanno provato a fumare e i non fumatori: infatti per 79% di questi ultimi è considerato fastidioso, percentuale che passa al 43% fra i fumatori, denotando una certa tolleranza da parte di questi ultimi.

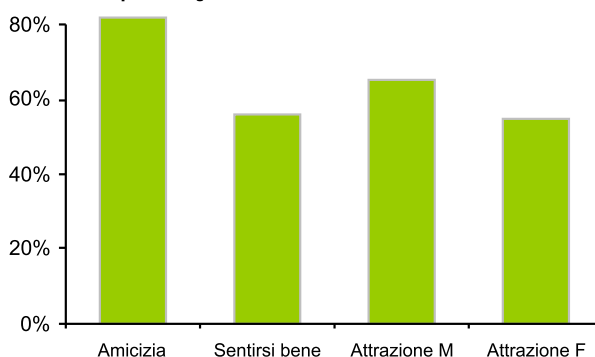
Le risposte dei ragazzi indicano la consapevolezza e la richiesta che nella scuola e nella famiglia non dovrebbe essere permesso fumare. Dal grafico 16 si vede che secondo gli intervistati la scuola (60%) e la famiglia (57%) dovrebbero scoraggiare un ragazzo a fumare; in seguito all'intervento le percentuali sono rimaste sostanzialmente invariate.

Grafico 16: Percentuale dei ragazzi favorevoli a norme familiari e scolastiche contro il fumo



Il numero di amici, la sensazione di essere a proprio agio in gruppo con altre persone, l'apparire più attraente (in maniera distinta per maschi e femmine) sono tre aspetti che, secondo l'opinione dei ragazzi intervistati, non caratterizzano un fumatore rispetto ad un non fumatore. Infatti, le percentuali di chi dichiara che non c'è alcuna differenza sono, rispettivamente, pari all'82%, 56%, 60% e 56% (grafico 17); queste percentuali restano immutate anche dopo l'intervento dei peer nelle classi.

Grafico 17: Opinioni riguardo al fumo



È altrettanto interessante vedere quale atteggiamento hanno rispetto al fumo i ragazzi che accetterebbero una sigaretta se gli venisse offerta da un loro amico. Sia prima che dopo l'intervento dei peer, rimane pressoché invariata la percentuale di coloro che hanno intenzione di smettere di fumare in futuro: rappresentano il 31% dei ragazzi che hanno provato a fumare. Invece, i fumatori 'non penitenti', cioè coloro che hanno affermato che non smetteranno di fumare rappresentano

l'8% dei ragazzi intervistati, il 14% dei fumatori. Come era prevedibile, la maggioranza dei ragazzi che non accetterebbero alcuna sigaretta offerta hanno affermato che non hanno alcuna intenzione di fumare in futuro: prima dell'intervento questi rappresentavano il 46%, e successivamente all'intervento sono il 49% degli intervistati. Infine, coloro che hanno affermato di non aver mai pensato di fumare o di non fumare rappresentano circa il 20% degli studenti, di cui la maggior parte è indecisa se accetterebbe oppure no una sigaretta offerta da un amico.

Conclusioni

Il progetto *Sfumiamo i dubbi* è risultato efficace nell'aumentare le conoscenze dei peer educator riguardo al problema tabacco e ai danni che causa; è servito in parte a modificare positivamente gli atteggiamenti e le opinioni dei PE stessi riguardo i fumatori.

Il progetto viene apprezzato per il suo carattere innovativo. Il protagonismo dei peer permette loro di sperimentarsi all'interno della scuola e nel rapporto con gli altri studenti in un ruolo diverso anche grazie all'acquisizione di competenze e strumenti di conduzione di gruppo.

Tali acquisizioni vengono riconosciute utili per "stare con le persone", bagaglio indispensabile anche al di fuori della scuola. Gli studenti apprezzano *Sfumiamo i dubbi* perchè permette di parlare del "solito fumo" in modo diverso e interessante, attraverso il coinvolgimento diretto delle persone che permette di esprimere le proprie idee. Il punto forza infatti maggiormente riconosciuto anche nei focus group (6) è la comunicazione immediata e spontanea tra ragazzi che permette la condivisione delle esperienze creando un'atmosfera giocosa e divertente.

La valutazione quantitativa e qualitativa del progetto nelle sue diverse fasi ha evidenziato alcuni punti deboli e difficoltà di tipo organizzativo che si ritengono utili modificare per un miglior raggiungimento degli obiettivi preposti:

- difficoltà di condivisione del progetto con gli insegnanti
- tempo insufficiente per l'intervento in classe
- troppo impegnativa la formazione in orario extrascolastico
- difficoltà di sperimentazione nella propria classe di appartenenza
- difficoltà legate alla figura del peer fumatore
- troppe iniziative sul fumo all'interno della scuola
- tempi di svolgimento dell'intero progetto troppo stretti.

Pertanto si propone di:

- aumentare ad almeno 2 ore la durata dell'intervento in classe, ma riconoscendo il rischio legato alla gestione di due ore consecutive di fronte ad un gruppo classe non particolarmente motivato, si ritiene più opportuno svolgere un primo intervento di un'ora con la possibilità di una seconda ora a distanza di una settimana su richiesta della classe interessata;
- cercare modalità e canali di coinvolgimento di insegnanti e genitori per una continua azione di sensibilizzazione e condivisione delle diverse fasi del progetto al fine di trasmettere a queste figure di adulti significativi l'importanza del loro ruolo nel progetto, pur essendo apparentemente "fuori", per sostenere la creazione di una Scuola Libera dal Fumo;
- modificare lo strumento standardizzato per la selezione degli EP al fine di rendere maggiormente esplicita la richiesta di un peer testimone della salute e quindi non fumatore;

- effettuare la sperimentazione dell'intervento a scelta anche in un'altra classe III°;
- migliorare il coordinamento tra quanti offrono progetti di prevenzione del tabagismo nell'ambito scolastico;
- ampliare il monte ore dell'attività formativa dei peer ad almeno 12-13 ore e di distribuirle, compatibilmente con l'orario scolastico, con cadenza settimanale e non troppo concentrate. Si auspica che la formazione sia svolta in orario scolastico.

Bibliografia

Bandura A., *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. 1986.

Damon W., *Peer education: The Untapped Potential*. In *Journal of Applied Development Psychology*. 1984; pp. 331-343, 5.

Di Clemente R.J., *Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: the influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents' consistent use of condoms*. *Journal of Adolescent Health*. 1991; 12, pp. 385-390.

Kauth M. et al., *HIV sexual risk reduction among college women: applying a peer influence model*. *Journal of College Student Development*. 1993; pp. 346-351, 34.

Marra Barone A., *Educazione alla Salute, una dimensione della convivenza civile in Scuola e Didattica*. Editrice La Scuola, n. 17, 2005.

Milburn K., *A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health*. *Health Education Research*. 1995; vol. 10, pp. 407-420.

Murray D.M., Prie P., Luepker R.V., Pallonen U., *Five and six years follow up results from four seventh grade smoking prevention strategies*. *Journal of behavioral medicine*. 1989; 12, pp. 207-218.

Pellai A., Rinaldin V., Tamburini B., *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*. Trento, Erickson, 2002.

Sloane B.C., Zimmer C.G., *The power of peer health education*. *Journal of American College Health*. 1993; 41, pp. 241-245.

Sitografia

www.peer-education.it

www.europeer.lu.se

Allegato del capitolo 4

La prevenzione dei comportamenti tabacco-correlati in adolescenza attraverso la metodologia dell'educazione tra pari

Contributo originale del 2005
dell'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva
dell'Università degli Studi di Milano

Alberto Pellai

LA PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI TABACCO-CORRELATI IN ADOLESCENZA ATTRAVERSO LA METODOLOGIA DELL'EDUCAZIONE TRA PARI

L'educazione alla salute nel passaggio da preadolescenza a adolescenza.

Tra i dodici e quindici anni succedono un sacco di cose nelle vite dei preadolescenti e degli adolescenti (parlerò in seguito solo di adolescenti comprendendo entrambe le fasi evolutive). I cambiamenti interni al corpo e alla mente si sovrappongono alle profonde modificazioni con cui sono gestite le relazioni interpersonali - sia intrafamigliari sia quelle che caratterizzano il contesto del gruppo dei pari - e ciò proietta il soggetto in età evolutiva sul palcoscenico della propria crescita con nuove competenze e inedite vulnerabilità. Le sfide evolutive che devono essere colte e giocate sono in gran parte relative ai processi di affrancamento dal mondo adulto e di individuazione di sé, ma troppo spesso tutto avviene con un ritmo molto accelerato e in un contesto molto caotico, mentre in realtà si avrebbe un estremo bisogno di rallentare la corsa, per osservarsi ed osservare la propria crescita, così da consentirne il passaggio da evento vissuto ad evento pensato e, conseguentemente, a materia adatta ad una ri-elaborazione personale.

Proprio perché l'adolescente spesso non riesce a stare alla finestra e a guardare la propria crescita così da farne oggetto di riflessione, individuazione e significazione (nel senso di attribuzione di significato), l'intervento dell'educatore sanitario o del docente coinvolto in progetti di prevenzione può essere utile e servire a sorreggere l'adolescente di fronte alle prime scelte autodeterminate, che non raramente colludono con l'area del rischio. Sperimentazione di sostanze ad azione psicotropa, uso di tabacco e alcool, esperienze sessuali promiscue ed a rischio, costituiscono spesso il "movente" e il contenuto di progetti e percorsi preventivi rivolti agli adolescenti. Molte volte, però, proprio la progettazione educativa risulta carente su molti fronti e, nel poco tempo che le è destinato, non riesce ad avvicinare il proprio gruppo target con modalità efficaci dal punto di vista educativo. Per esempio, nelle scuole superiori l'intervento preventivo con gli adolescenti viene quasi sempre affidato ad operatori sanitari esterni alla scuola, che conducono sessioni di educazione sanitaria, privilegiando soprattutto l'accuratezza scientifica delle informazioni fornite. Fornire informazioni corrette però non si rivela quasi mai una strategia efficace, quando costituisce l'unico approccio utilizzato per la prevenzione dei comportamenti a rischio in età evolutiva. Anni di lavoro sul campo, hanno dimostrato (e non solo nell'ambito dell'educazione alla salute) che gli individui "non fanno ciò che sanno". Si pensi alle campagne informative per la prevenzione del tabagismo e all'indifferenza ad esse riservate sia dai fumatori sia dagli adolescenti che – nonostante la quantità di conoscenze diffuse sui danni associati al consumo di tabacco - soprattutto nell'ultimo decennio, hanno aderito all'abitudine tabagica, come mai era successo nei periodi precedenti.

Il modello informativo è andato in crisi alla luce della convinzione che l'adozione o meno di comportamenti che hanno un impatto sul livello di benessere individuale e collettivo non è determinata dalla conoscenza dei rischi ad essi correlati. I ragazzi non decidono di fumare o di non farlo secondo quanto sanno del carcinoma polmonare o dell'enfisema. I ragazzi possono decidere di non fumare se sono consapevoli che, per affermare il proprio valore nella vita e nel loro gruppo di riferimento, non hanno bisogno di ricorrere al prestigio conferito dalla sigaretta alla loro immagine. Proprio in conformità a questa convinzione, negli Stati Uniti, un documento ufficiale di revisione dei programmi e curricula scolastici, ha stabilito nel 1993 che lo sviluppo sociale ed emozionale degli studenti dovesse divenire una dimensione necessaria all'interno degli obiettivi d'apprendimento stabiliti dalla scuola. (Bruene-Butler et al., 1997, pp. 244-245).

Infine, quasi sempre gli interventi informativi-cognitivi si focalizzano su un modello di salute che non tiene conto della fenomenologia e dei valori condivisi all'interno del gruppo degli adolescenti e, perciò, non contempla la loro reale prospettiva. Essi rischiano di non essere basati sui significati, sulle motivazioni e sulla modalità di decodificare qualsiasi messaggio inerente al tema della salute, tipiche dei soggetti in età evolutiva (Millstein, 1993). La ricerca conferma che interventi così strutturati rischiano d'avere scarso successo, soprattutto se l'obiettivo di chi fa prevenzione è quello di proporre alternative a comportamenti e stili di vita ad elevato rischio per il benessere individuale e collettivo (Leventhal e Keeshan, 1993).

L'Educazione tra pari¹

Una definizione complessa

L'espressione Peer Education molto diffusa a livello internazionale, trova difficile e ambigua traduzione italiana. La più semplice delle traduzioni, Educazione tra pari, rimanda al concetto di comunicazione tra coetaneo e coetaneo o tra persone appartenenti a un medesimo status e risulta pertanto inerente a fenomeni d'influenza sociale.

Dal punto di vista letterale dunque, per Educazione tra pari si intende il rapporto di educazione/influenza reciproca che, a livello formale e/o informale, instaurano tra loro persone afferenti a un medesimo gruppo di riferimento.

Le scienze psicologiche e pedagogiche hanno evidenziato a più riprese l'innata propensione all'influenza sociale reciproca nel corso dell'infanzia, della preadolescenza e dell'adolescenza: nel tempo, soprattutto in ambito didattico e educativo, tale innata propensione è stata oggetto di utilizzo sistematico.

A partire dagli anni '60 negli Stati Uniti, il tutoraggio e l'insegnamento tra coetanei hanno vissuto un periodo di autentico sviluppo. L'attenzione di psicologi dell'educazione e insegnanti iniziò progressivamente a mettere a fuoco, accanto all'importanza dei contenuti, anche l'importanza della pragmatica della comunicazione, all'interno dei percorsi di apprendimento. La comunicazione faccia-faccia adulto-minore ha, infatti, per il bambino un contenuto d'ansia nettamente superiore a quella presente nell'interazione con un proprio coetaneo e risulta pertanto meno efficace di quest'ultima in termini di reciproca influenza. A partire da tali considerazioni, i progetti di peer tutoring scolastico sono andati progressivamente proliferando, soprattutto negli Stati Uniti, e più in generale nei paesi anglosassoni, sino a raggiungere un vero e proprio boom d'attività di consulenza e sostegno tra pari alla fine del secolo scorso sia nell'ambito della scuola media superiore sia in ambito universitario.

Di fatto anche per l'educazione alla salute, l'educazione tra pari si è andata configurando come modello riferimento per lo sviluppo di strategie di prevenzione di comportamenti a rischio tra i membri di gruppi formali e/o informali di pari.

Le origini del modello di lavoro sono rintracciabili in dinamiche e processi che naturalmente sono sempre esistiti all'interno dei sistemi relazionali informali:

Fortemente legata alle tematiche del benessere sociale, come l'uso di droghe, gran parte del richiamo della peer education è dovuto al fatto che essa pone le sue radici in un processo che spontaneamente viene messo in atto e tramite il quale i giovani imparano diverse cose l'uno dall'altro come parte della loro vita di tutti i giorni (Milburn, 1995; Shiner, 1999).

1) Parte dei materiali contenuti in questa sezione sono stati tratti e adattati dal volume: Pellai A, Rinaldin V, Tamborini B (2002) Empowered Peer Education. Manuale Teorico-pratico di Educazione tra pari. Trento, Centro Studi Erickson

Le strategie di promozione della salute hanno cercato di capitalizzare nel tempo il potere di influenzamento giocato reciprocamente all'interno del gruppo dei pari, dimensione cruciale nel determinare i modelli di salute e benessere individuali.

Nei paesi anglosassoni e in particolar modo negli Stati Uniti, a partire dagli anni '60 e '70, il modello di educazione e interazione tra pari è stato progressivamente assunto come modello di lavoro in ambito di educazione sanitaria per la realizzazione di progetti di educazione sessuale, di prevenzione HIV e nell'area della prevenzione dei consumi di tabacco, alcool, sostanze ad azione psicotropa (Perry, Kelder e Komro, 1993). In tali azioni, il ruolo assunto e giocato dagli educatori tra pari è consistito, soprattutto, nel fornire un modello di ruolo prosociale. Tale elemento rafforza il potere d'azione di qualsiasi programma preventivo perché, nel gruppo degli adolescenti, ad esempio, consente di testimoniare i comportamenti protettivi anche al di fuori del setting scolastico. Inoltre, gli educatori tra pari sono percepiti come credibili fonti di informazione, soprattutto relativamente ad aree sentite come altamente significative quali la sessualità e l'uso di droghe. Supportando in modo esplicito valori e stili di vita orientati al benessere, gli educatori tra pari consentono di creare e rinforzare norme alternative e pro-sociali e anche modelli comportamentali salutari. Alla base di tale orientamento vi è il riconoscimento che i più adeguati e i più efficaci promotori del proprio benessere, siano persone, adeguatamente formate, afferenti al medesimo gruppo di riferimento. I pari educano i pari dunque, migliorando l'efficacia del processo e degli esiti educativi perché in possesso del medesimo patrimonio linguistico, valoriale, rituale, a livello microculturale e microsociale. L'interazione faccia a faccia tra pari è meno inibente e più immediata; inoltre è avvertita come meno giudicante.

I diversi modelli di Educazione tra pari

La rivoluzione che l'*Educazione tra pari* propone all'interno del rapporto educativo adulto-adolescente, in termine di ruoli, funzioni, potere d'azione, si sviluppa in modo diverso nei vari modelli d'*Educazione tra pari* che si sono affermati nel tempo e che si caratterizzano per declinazioni operative e metodologiche tra loro molto differenziate. In base alle diverse modalità di relazione e di animazione che gli adulti intrattengono con i ragazzi e che gli adolescenti sviluppano all'interno del proprio gruppo di pari, è possibile individuare tre modelli principali di educazione tra pari, al quale possono essere ricondotti buona parte dei progetti e delle sperimentazioni a tutt'oggi esistenti in Italia e nel mondo.

1. Il modello puro

Il modello puro di *Educazione tra pari*, ha carattere prevalentemente addestrativo: pur riconoscendo un ruolo attivo dei ragazzi nella realizzazione di progetti di educazione alla salute rivolti a propri coetanei, di fatto non ne legittima la co-partecipazione nelle fasi di attivazione, formazione e progettazione degli interventi stessi. Gli educatori tra pari vengono individuati secondo criteri totalmente dipendenti dagli adulti che guidano e controllano il progetto, vengono addestrati con metodologie di apprendimento a carattere prevalentemente trasmissivo e la fase realizzativa viene ridotta a termini meramente applicativi, sia sotto il profilo dei contenuti, sia sotto il profilo degli strumenti e dei linguaggi da utilizzare. I modelli di tipo addestrativo, se da un lato risultano indubbiamente più "economici" dal punto di vista delle risorse umane ed economiche utilizzate, di fatto snaturano, almeno in parte, gli stessi fondamenti teorici dell'*Educazione tra pari*, riducendone ai minimi termini le potenzialità.

Il modello puro è diffuso soprattutto negli Stati Uniti e nei paesi anglosassoni e, più in generale, influenza la maggior parte dei progetti di prevenzione mirati a ridurre l'abuso di sostanze ad azione psicotropa e la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili.

2. I modelli misti

Si sono diffusi soprattutto in Italia e lavorano principalmente sullo sviluppo del protagonismo dei ragazzi all'interno di progetti circoscritti. Il rapporto tra adulti e adolescenti è limitato ad una breve e intensiva fase formativa, l'oggetto e gli obiettivi di lavoro sono determinati prevalentemente dagli adulti, mentre la fase realizzativa è svolta dai ragazzi. Ne sono esempio numerosi "progetti accoglienza" realizzati in alcuni Istituti Superiori per i ragazzi che si iscrivono al I anno, alcuni progetti di *peer tutoring* e di consulenza tra pari e i progetti mirati a potenziare le rappresentanze studentesche. Tali esperienze si sono sviluppate significativamente nel corso degli ultimi anni, soprattutto in conformità alla Circolare Ministeriale n. 653 del 16/10/1996, che promuove e tutela il protagonismo degli adolescenti all'interno della Scuola Superiore.

3. L'Empowered peer education

All'interno dell'orizzonte teorico dell'Educazione tra pari, tale modello presenta elementi di originalità e sperimentabilità. Esso prevede un percorso che s'iscrive nell'orizzonte della psicologia e dell'animazione di comunità e prevede un lavoro di rete flessibile e dinamico tra tutti i soggetti che, in un medesimo territorio, sono interessati a partecipare alla definizione dell'intervento. I saperi dei ragazzi s'incontrano e si confrontano con i saperi dell'adulto in un rapporto di reciproco interscambio, all'interno di un'esperienza progettuale condivisa. Abolita ogni ottica di carattere meramente addestrativo e superata la dimensione della delega, la consapevolezza è quella che l'adulto possa accompagnare l'adolescente nell'individuazione e nello sviluppo di strumenti e competenze efficaci nella promozione del benessere all'interno dei gruppi ai quali appartiene, a scuola e nel territorio. Il presupposto fondamentale è che il nucleo portante di tali competenze è di per sé già presente all'interno del sistema dei pari. La scelta è quella d'investire tempo e risorse in un percorso che darà i suoi frutti a medio e lungo termine.

Educazione tra pari e prevenzione del tabagismo: quando è il metodo ad essere..... preventivo.

Alla luce della disamina dei modelli e delle metodologie di prevenzione svolta fino ad ora, il lettore avrà ben chiara l'idea che l'educazione tra pari è una delle tante strategie che l'operatore di sanità pubblica ha a disposizione per promuovere azioni di prevenzione del tabagismo rivolte agli adolescenti. Quindi, perché sceglierla al posto di altre, magari più collaudate e sicure, più strutturate e meno imprevedibili?

La domanda è lecita, soprattutto perché il vissuto dell'operatore adulto che si occupa di prevenzione è spesso molto "combattuto e a disagio" quando si parla d'educazione tra pari. In questa strategia, infatti, gli adulti danno e fanno spazio ai ragazzi e spesso sperimentano una vera e propria crisi d'identità. Non possono rivestire il ruolo dell'esperto che informa e diffonde conoscenze e non conoscono il ruolo potenzialmente ricopribile in qualità di tutor e supervisore di un gruppo di peer educators, fondamentalmente perché non lo hanno mai sperimentato e quindi non ... sanno come si fa. Effettivamente essere responsabili di un progetto d'educazione tra pari comporta il fare un "salto nel buio". Spesso si sa come e dove si comincia, ma lo sviluppo della trama del progetto è tutto da definire insieme al proprio gruppo di peer educators. Questo è il bello e il brutto dell'educazione tra pari. Comporta un abbandono delle proprie certezze e sicurezze e la predisposizione ad avventurarsi in territori inesplorati. Ma proprio questa incursione nel territorio del nuovo, del creativo e dell'ignoto è ciò che a molti operatori conferisce l'entusiasmo necessario a non abbandonare mai più questa modalità di intervento preventivo. È un'evidenza testimoniata da molti colleghi che lavorano nell'ambito della sanità pubblica: "educatori tra pari non si nasce... ma si diventa". Nulla come l'esperienza diretta sul campo permette di effettuare questa trasformazione. L'operatore di prevenzione e l'educatore sanitario riconoscono il valore educativo intrinseco nel modello metodologico dell'educazione tra pari, proprio nel momento in cui lo attuano e vi si

trovano coinvolti. Al di là dei contenuti, pure molto importanti, chi collabora ad un progetto di educazione tra pari si rende conto che è proprio il metodo utilizzato a promuovere istanze di cambiamento significative all'interno del gruppo target, in particolar modo se questo appartiene, per età, alla prima o alla seconda adolescenza. Il metodo dell'educazione tra pari, infatti, promuove il protagonismo, l'autodeterminazione e molte competenze che sono "immediatamente" protettive nei confronti di numerosi comportamenti a rischio agiti in adolescenza. Un metodo che promuove il protagonismo e la capacità decisionale e d'autodeterminazione, trasforma l'ambiente e il setting di vita dell'adolescente, togliendo molti di quei fattori di rischio (bisogno d'autoaffermazione, di essere visti, di sentirsi grandi, di lasciare un segno di sé) che spesso sono gli elementi che conducono alla decisione di cominciare a fumare o di intraprendere altri comportamenti a rischio tipici di questa fascia d'età.

L'educazione tra pari: un modello di intervento preventivo migliore degli altri?

L'educazione tra pari per la prevenzione del tabagismo è necessaria ed utile perché sembra annullare i limiti e gli effetti indesiderati degli altri approcci educativi e preventivi, già sperimentati in quest'ambito. Le metodologie tradizionali presentano anch'esse i propri punti di forza e hanno consentito di raggiungere a volte buoni (se non ottimi) risultati, ma l'educazione tra pari sembra davvero condensare nel suo approccio molti dei punti di forza delle altre strategie, annullandone, almeno in parte, gli effetti indesiderati e collaterali.

Proviamo ad analizzare i metodi più utilizzati per la prevenzione del tabagismo in adolescenza alla luce di ciò che hanno da offrire all'educazione tra pari, mettendone anche in evidenza i limiti che a tutt'oggi la ricerca valutativa ha attribuito agli stessi.

METODO INFORMATIVO-COGNITIVO

COSE'

Si tratta del primo approccio preventivo utilizzato per la prevenzione del tabagismo. Diffuso dagli anni '60, tale approccio ha affidato un ruolo fondamentale in prevenzione alla figura dell'esperto adulto capace di spiegare i rischi associati alla salute e le conseguenze a breve, medio e lungo termine derivanti dall'adozione di un comportamento a rischio. Nel corso degli interventi preventivi il gruppo target ha la possibilità di conoscere molte cose relativamente al problema di salute che costituisce l'oggetto dell'intervento.

PUNTI DI FORZA

Quando l'esperto è abile, carismatico e possiede uno stile di comunicazione e relazione molto efficace, è in grado di far apprendere in tempi limitati, molte cose al proprio gruppo target. Spesso gli adolescenti ignorano completamente i meccanismi con cui si genera dipendenza all'interno del nostro sistema nervoso centrale. Un comunicatore efficace ed esperto può fare chiarezza in questo ambito e fornire risposte che sono potenzialmente ignorate da che non è un tecnico del settore.

PUNTI DI DEBOLEZZA

La visione dei problemi di salute affrontati con la metodologia informativa cognitiva è fortemente connotata da un approccio clinico. L'esperto conosce l'eziopatogenesi di un problema di salute, comprende in modo perfetto la correlazione tra un fattore di rischio e le alterazioni anatomo-patologiche e funzionali che possono derivare dal suo utilizzo. È questo quindi il materiale che spesso mette a disposizione del gruppo con cui fa prevenzione. Ma paradossalmente, proprio questa grande competenza clinica dell'esperto, rischia di essere il suo principale limite, se non la causa dell'effetto boomerang (maggior adozione del comportamento a rischio che si vuole prevenire proprio nei gruppi che hanno usufruito dell'intervento preventivo) che a volte è stato riscontrato all'interno di questa tipologia di modello di intervento. Relativamente al tabacco, infatti, l'adozione o la non adozione di comportamenti tabagici da parte di un adolescente non è direttamente correlata alla comprensione dei danni prodotti sull'organismo.

Prima di tutto i rischi per la salute si manifestano solitamente a lungo termine, dopo i 40 anni e la psicologia dell'adolescente è invece fortemente concentrata sul “qui ed ora” della sua vita. Inoltre, la scelta di fumare è spesso intrapresa in età evolutiva per motivi totalmente “altri”, che hanno molto più a che fare con i modelli d'autostima, socializzazione e influenza sociale, processi piuttosto indipendenti dalla comprensione degli effetti morbosi del tabacco e della nicotina sul nostro organismo.

METODO SOCIO-AFFETTIVO

COS'È

Il metodo socio-affettivo “ribalta” la comprensione e l'azione preventiva in ambito d'educazione alla salute. Quest'approccio, infatti, vede i comportamenti a rischio in adolescenza non tanto come il problema, bensì come il sintomo associato alla carenza di competenze vitali (le cosiddette “life skills”) che, se possedute e condivise dal singolo soggetto e dal suo gruppo sociale di riferimento, agiscono automaticamente quali fattori di protezione e riducono trasversalmente la prevalenza di tutti i fenomeni associati al rischio comportamentale in età evolutiva. Il metodo socio-affettivo perciò si sposta totalmente dall'ambito clinico ad un contesto di natura psico-educativa, intravedendo nell'autostima, nell'autodeterminazione, nell'autoefficacia e nelle competenze relazionali e comunicazionali i fondamentali fattori di protezione nei confronti di problemi di salute quali per esempio la dipendenza tabagica. Il razionale di tale modello prevede che, se un soggetto conosce se stesso e se stesso in relazione agli altri, ha molto meno bisogno di rifugiarsi in comportamenti a rischio, spesso intrapresi per senso di omologazione e desiderio di accettazione all'interno delle dinamiche e delle strategie del gruppo dei pari.

PUNTI DI FORZA:

Il modello è realmente “potente” perché, sembra fornire ai soggetti in età evolutiva, tutti gli strumenti d'analisi e riflessione che li aiutano a comprendere quali siano i percorsi utili alla ricerca e scoperta di sé, dei propri bisogni. Tali processi spesso sono accelerati in modo inconsapevole, attraverso l'adesione ad un comportamento a rischio, al quale l'adolescente attribuisce il significato di sfida evolutiva cruciale per il proprio percorso di crescita; è perciò importante offrire, a chi sta crescendo, spazi di rielaborazione per prendere coscienza di questi fenomeni. Il modello inoltre fonda la propria strategia e filosofia sull'acquisizione di competenze e non sulla detenzione di conoscenze. Basato su tecniche e metodologie di pedagogia attiva, questo modello aiuta il gruppo degli adolescenti a strutturarsi secondo modalità funzionali ed evolutive ed effettivamente previene parte di quei meccanismi disfunzionali da cui più facilmente derivano i processi d'influenzamento sociale che portano all'adozione dei comportamenti a rischio.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Il modello socio-affettivo si focalizza sulle caratteristiche psicologiche del soggetto e del suo gruppo d'appartenenza e rischia di trascurare variabili ambientali che spesso giocano un ruolo non indifferente nel determinismo di alcuni comportamenti a rischio. Per esempio, il contesto socio-culturale che può sostenere con le azioni di marketing strategico delle multinazionali il consumo di sostanze ad azione psicotropa rischia di non essere minimamente contemplato all'interno di questa tipologia d'intervento. Inoltre, alcuni studi di valutazione hanno definito che questo modello preventivo è troppo generale e, nella trasversalità dell'impatto che può avere sui diversi comportamenti a rischio messi in atto in età evolutiva, si rischia di perdere il reale contributo da esso giocato nell'opera di prevenzione del tabagismo. Rimane aperta cioè la domanda relativa a quanti effettivi fumatori in meno sono promossi da un modello che in nessun modo tocca l'aspetto relativo al tabacco e alla dipendenza che esso induce nel suo consumatore.

METODO DELL' EDUCAZIONE AI MEDIA

COS'E'

Questo metodo punta la sua attenzione sull'enorme potere che i media hanno nell'indurre norme sociali e attitudini nei confronti di uno specifico comportamento o prodotto. Grande attenzione viene data alle tecniche con cui gli strateghi del marketing delle multinazionali di alcool e tabacco sono stati in grado di "normalizzare" o rendere "affascinante e glamour" comportamenti i cui effetti dannosi per la salute sono invece conosciuti da tutti e da molto tempo. Gli adolescenti vengono semplicemente invitati ad analizzare le tecniche utilizzate dai media per manipolare il mondo emotivo e influenzare i meccanismi decisionali che portano un soggetto a decidere di fare una certa cosa o di consumare e acquistare un determinato prodotto. In fine dei conti, alcool e tabacco sono davvero penetrati nei consumi abitudinari delle società occidentali grazie all'immensa opera di divulgazione e pubblicizzazione che in modo diretto o indiretto ne hanno fatto il cinema di Hollywood prima, la televisione e la pubblicità, poi.

Particolarmente importante, in questa prospettiva metodologica, è stato il Progetto Media Sharp realizzato dai CDC (Centers for Disease Control) statunitensi, che per primi hanno realizzato un intero curriculum per la prevenzione dei comportamenti alcool- e tabacco-correlati. Essi hanno strutturato una guida che, attraverso numerose attività porta gli adolescenti ad affinare le loro competenze critiche di decodifica dei messaggi dei media, aiutandoli ad analizzarne e a comprenderne il linguaggio esplicito ed implicito. Scopo del progetto Media Sharp è quello di fornire ai suoi utilizzatori una serie di competenze tali da renderli in grado di montare e smontare i prodotti mediatici, comprendendo gli interessi commerciali e il ruolo che il mercato delle multinazionali gioca nella proposizione di modelli e valori che hanno un forte impatto sul mondo socio-culturale di chi sta crescendo. La filosofia ed il rationale di questo modello si basa sui cinque principi che fondano l'educazione ai media, principi che vengono riportati nel box sottostante.

Educazione ai media:

Controllare il messaggio: i cinque principi di riferimento²

Sono cinque le regole che è bene conoscere se non vuoi perderti nel labirinto della seduzione del mondo falsamente seducente ed elegante dei messaggi pubblicitari. Sono le uniche regole che devi seguire se davvero vuoi possedere tu il controllo dei messaggi che ogni giorno ti provengono dai mass media e non esserne controllato.

1) **Ogni messaggio proposto dai mass media è costruito artificialmente.** I media sono prodotti culturali artificialmente realizzati. Essi sono in grado di indurre un'esperienza emotiva che assomiglia alla realtà, pur non essendo reale. I media non sono reali, perciò, pur avendo un impatto sulla vita reale di milioni di persone.

2) **I media utilizzano un linguaggio che è altamente specifico.** Non esiste possibilità di comparare il linguaggio dei media con nessuna altra forma di comunicazione. Per esempio, in Tv una musica spaventosa genera una sensazione di paura, la prospettiva della ripresa aggiunge significato alla tipologia delle relazioni presentate, le scritte in sovrapposizione conferiscono una maggiore importanza a ciò che è proposto. Così pure, in un'immagine fotografica se, al centro della stessa, sta l'inquadratura di una parte del corpo (spesso sedere, gambe o seni nelle fotografie femminili) significa che il valore del soggetto fotografato è abbinato in modo speciale proprio al particolare più in evidenza.

2) I materiali presenti in questo box sono stati tratti e adattati dal volume: Pellai A, Tamborini B (2003) L'adolescenza. Le sfide del diventare grande. Mc Graw Hill, Milano

3) **Spettatori diversi comprendono il medesimo messaggio in modo differente.** Per esempio, la stessa immagine può inviare messaggi che maschi e femmine interpretano in modo molto differente. Uno sguardo intenso maschile può generare fastidio o distanza in un uomo e desiderio e voglia di protezione in una donna. A seconda delle emozioni sollecitate puoi capire chi è il bersaglio di ogni messaggio comunicato dai media.

4) **I media hanno sempre interessi commerciali.** Alla fine di qualsiasi discorso che possiamo fare sui media, questa è purtroppo, in quasi tutti i casi, la pura e semplice verità: si producono programmi, videoclip, giornali perché esistono prodotti e merci che devono essere vendute e consumate. Quasi sempre il mondo dei media oggi serve non tanto a comunicare e a informare, ma a vendere qualche cosa.

5) **I media promuovono valori e modi parziali di vedere le cose.** Qualsiasi testo dei media, che sia un articolo di giornale, un video o un servizio del tuo settimanale preferito, non ti dirà mai tutta la verità. Ti basta leggere due quotidiani diversi per comprendere come la stessa notizia possa essere analizzata ed interpretata in modo totalmente opposto. Sei tu la sola persona che può decidere qual è la verità che ritieni valida per te stesso.

PUNTI DI FORZA

Il modello concentra la totalità dei suoi sforzi su una variabile che ha un grande impatto sulla vita di ciascuno di noi, e che agisce in modo più o meno subliminale su parte delle scelte intraprese dagli adolescenti nella loro quotidianità. Molti ragazzi e ragazze iniziano a fumare per dimostrare a se stessi e agli altri che sanno trasgredire le regole imposte dal mondo degli adulti. Spiegare loro che l'immagine del tabacco è stata connotata ad arte come "sexy" o virile, trasgressiva o selvaggia, da sapienti conoscitori del mondo emotivo umano, profumatamente pagati dalle multinazionali, toglie un po' di poesia alle fantasie di "libertà ed adultità" che ragazzi e ragazze abbinano alla determinazione che li spinge ad essere fumatori convinti. Tale consapevolezza spesso aiuta a rimettere a posto tutte le pedine in gioco, stimolando negli adolescenti la comprensione reale di cosa significa essere liberi e autodeterminati.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Il modello si concentra in modo molto significativo su aspetti esterni all'individuo e rischia di minimizzare, invece, tutte le variabili intrapsichiche e psicologiche che spesso si accompagnano alle abitudini tabagiche di chi sta crescendo. Di per sé, perciò, rischia di essere un approccio incompleto che necessita quindi di approfondimenti che "pescano" idee e metodologie di lavoro dagli approcci precedentemente presentati.

METODO DELL'ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITA', EVENTI E LUOGHI SMOKE E DRUG-FREE COSE'

Parte delle motivazioni che inducono un soggetto adolescente a fumare, bere alcool o assumere droghe risiede nei meccanismi informali e spontanei di un gruppo, che fonda la propria identità e immagine attraverso una serie di comportamenti più o meno trasgressivi che ne connotano lo stile e la cultura. Ecco, perciò che un gruppo s'identifica anche grazie alla panchina presso cui si riunisce, all'abbigliamento che ne definisce la "tribù" di appartenenza o di riferimento, al fumo di sigaretta o allo sballo che viene automaticamente scelto e adottato nei momenti di socializzazione condivisa.

Quest'approccio preventivo, punta a far sperimentare a gruppi formali ed informali di adolescenti situazioni sociali aggreganti e divertenti, che hanno però come elemento comune la totale assenza di consumo di sostanze ad azione psicotropa all'interno del loro palinsesto. Chi aderisce a tali iniziative, sa perciò che avrà la possibilità di divertirsi, stare bene con gli altri, partecipare ad attività coinvolgenti, ma al contempo tutto ciò avverrà senza ricorso a sostanze che possono alterare lo stato di coscienza dell'individuo o generare a medio-lungo termine fenomeni di dipendenza.

PUNTI DI FORZA

Molti ragazzi e ragazze fumano semplicemente perché nel gruppo "tutti lo fanno". Capita, cioè, che si aderisce ad un comportamento che ha così tante implicazioni psicologiche ed organiche, semplicemente per un'implicita adesione alle regole non verbalizzate del gruppo. Quest'approccio preventivo, ribalta la situazione e fornisce quale elemento di strutturazione alle attività d'aggregazione del gruppo allargato proprio il principio del "non ricorso all'uso di sostanze ad azione psicotropa". È un punto di partenza importante e significativo, perché contrasta l'uso di sostanze che ormai molti ragazzi praticano soprattutto come ritualità dello stare insieme. L'unica cosa esplicitata nella proposta aggregativa è il rifiuto di tabacco e alcool e questa è un'affermazione e un principio di autodeterminazione che in molti possono condividere sentendosi protetti dal fatto che la decisione non spetta a loro ma è "incorporata" nella struttura dell'evento aggregativo. L'approccio, inoltre, può facilitare la comunicazione informale all'interno del gruppo dei pari a proposito della prevenzione delle sostanze ad azione psicotropa.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Quest'approccio facilita l'aggregazione degli adolescenti, creando contesti ed "isole" in cui si condivide la decisione di astenersi da tabacco, alcool o altre sostanze. Ma tutto ciò che accade fuori rimane, almeno in parte, trascurato dal progetto che ha perciò validità limitata e può eventualmente costituire una componente di un processo o di una strategia più complessa che affronti la prevenzione secondo dimensioni diverse tra loro integrate.

L'EDUCAZIONE TRA PARI QUALE METODO CHE TIENE IN SÈ I PUNTI DI FORZA DI QUANTO FINO A QUI ESAMINATO

Il termine “educazione tra pari” include una serie molto differente di metodologie d'intervento preventive. L'elemento in comune che le contraddistingue è la presenza dei “peer educators” (educatori tra pari), soggetti cioè deputati a promuovere messaggi ed azioni preventive all'interno dei propri gruppi sociali di riferimento. Mentre, nei modelli tradizionali di educazione alla salute, l'intero processo preventivo ruota intorno alla figura dell'adulto, qui i processi sono gestiti e mantenuti da adolescenti che s'impegnano in prima persona a fianco, o addirittura, al posto degli adulti.

Dal punto di vista metodologico, il rationale affinché tale strategia sia potenzialmente più efficace di quelle tradizionali, risiede in una serie di “concetti-chiave” che vale la pena di esplicitare.

LA CREDIBILITA'

All'interno dei modelli d'educazione tra pari si sviluppano strategie che depongono a favore di una maggiore credibilità assunta dal peer educator sul gruppo target, in comparazione con quanto avviene se l'educatore è un adulto esperto.

I fattori che influenzano tale dimensione sono:

a) **Credibilità della fonte del messaggio preventivo.** Un adulto può sembrare più credibile perché ritenuto esperto e competente. La sua credibilità sarà tanto maggiore quanto più saprà sintonizzarsi con i reali bisogni preventivi del gruppo target. Un adolescente gioca la sua credibilità non su un fattore “oggettivamente” fondato come la competenza o la conoscenza approfondita degli aspetti teorici, bensì sul fatto che condivide con il gruppo target il linguaggio e la cultura di riferimento. Spesso questi elementi hanno maggiore importanza nella condivisione del messaggio preventivo rispetto alla competenza specifica relativa al tema in oggetto. Un ragazzo che non sa nulla di tabacco, per esempio, può spiegare ai suoi compagni i problemi che ha sperimentato la prima volta che gli è stata offerta una sigaretta e ha avuto paura di fare la figura dello “sfigato” nel caso l'avesse rifiutata. Le storie di vita in cui si offrono strumenti ed occasioni d'identificazione sono ausili molto potenti del lavoro dell'educatore, e chiaramente, chi appartiene al gruppo dei pari ne può fare uso con maggiore credibilità rispetto ad un soggetto adulto.

b) **Credibilità del messaggio.** Il messaggio è ritenuto credibile quando è specificamente sviluppato intorno all'esperienza di vita del gruppo target e soprattutto è connotato da totale assenza di giudizio. È importante che nel percorso educativo l'educatore tra pari condivida un messaggio basato su ciò che lui e i ragazzi della sua età fanno, fanno o pensano relativamente al tema in oggetto. È importante che non siano associati giudizi positivi o negativi nel lavoro educativo, che connotano a priori una situazione. Lo scopo dell'educatore (sia educatore tra pari che educatore adulto) non è trasmettere la sua scala di valori ai ragazzi, bensì aiutare il gruppo a definire una propria scala di valori relativa all'oggetto dell'intervento che ne sia da questo impattata e illuminata.

c) **Credibilità del contesto.** Un contesto in cui gli adolescenti si preoccupano della salute e del benessere dei propri pari è “automaticamente” credibile. La presenza dell'adulto spesso viene intuita come una potenziale strumentalizzazione, qualcuno che vuole condizionare chi sta crescendo, influenzandone credenze e valori secondo una logica, per l'appunto, adulta. Questo non sussiste se l'azione è sviluppata a priori da soggetti adolescenti, che automaticamente abbassano la soglia di resistenza all'intervento.

Tutte e tre queste variabili connotano il modello di credibilità dell'azione preventiva alla quale si trovano associati.

LA PERCEZIONE DELLA MINACCIA COSTITUITA DALL'ADULTO

Una delle sfide evolutive che deve affrontare (e vincere l'adolescente) consiste nella sua capacità di dimostrare a se stesso e al suo gruppo sociale di riferimento di riuscire a fare a meno dell'adulto. Spesso tale sfida non è nemmeno contemplata dalla struttura tradizionale degli interventi di prevenzione, che prevedono la presenza di una figura adulta esperta che funge da responsabile, gestore ed animatore degli interventi educativi. Tale struttura in cui un adulto esperto insegna ad un adolescente, che è costretto perciò ad assumere il ruolo passivo di recettore di saperi che gli pervengono dall'esterno, propone un modello relazionale che radica nei ragazzi l'idea che "non possa esistere altro rapporto con l'adulto se non quello basato sulla relazione con un Genitore (che sa e che ti indica il da farsi) e un Bambino (che non sa e che deve seguire i consigli)" (Giori, 1998, p. 17). Quindi anche se esistono studi (Manning, Balson, 1989, pp. 173-177) che dimostrano che gli adolescenti desiderano che siano coinvolti gli operatori sanitari quando a scuola si promuovono azioni attinenti a tematiche complesse e delicate quali l'educazione sessuale e la prevenzione dell'AIDS, la struttura ideale di un progetto preventivo dovrebbe prevedere un ruolo dell'adulto tale da consentire una dimensione progettuale, attiva e concreta, gestita direttamente dall'adolescente. La presenza dell'adolescente in qualità di conduttore, infatti, abbassa la percezione dell'adulto inteso come "minaccia" o "ostacolo" alla crescita e contemporaneamente funge automaticamente da validazione del fatto che anche l'adolescente ha competenze in grado di fargli assumere compiti e funzioni tipicamente e tradizionalmente appannaggio del solo adulto.

ROLE MODELING

Un adolescente impegnato all'interno di un progetto d'educazione tra pari, funziona da "role model" cioè propone un modello di ruolo a tutto il proprio gruppo sociale di riferimento, mostrando la messa in gioco di competenze, conoscenze e attitudini che spesso costituiscono l'obiettivo stesso dell'intervento preventivo. Un adolescente con la funzione di peer educator, quindi, non solo "trasmette" ma, contemporaneamente, "incarna" l'oggetto di prevenzione, soggettivizzandolo con la sua stessa presenza ed azione.

CONTATTO PROLUNGATO

Quando è l'adulto a condurre un intervento di prevenzione, il suo effetto termina con la sua presenza all'interno del setting educativo. L'adulto rimane una figura "estemporanea" nel mondo delle relazioni e delle comunicazioni tra e degli adolescenti. L'esperto può al massimo sperare che un adolescente con un problema conclamato possa cercarlo presso il servizio in cui lavora, e, in tale senso, si propone quale operatore di prevenzione in grado di prendersi cura di situazioni problematiche complesse. Al contrario, un peer educator non potrà mai gestire questo ruolo tecnicamente alto, ma in ambito di prevenzione primaria, il suo contatto con il gruppo dei pari prosegue anche al di là dei momenti formalmente preposti all'azione d'educazione tra pari. Potenzialmente un educatore tra pari, non smette mai di esserlo all'interno del suo contesto sociale. Se il momento formalizzato costituito dal progetto gli assegna un ruolo visibile e riconosciuto da tutti, la sua appartenenza al gruppo dei pari lo mette in gioco con il ruolo di peer educator anche in momenti informali e autonomi. Succede, frequentemente, che un peer educator sia avvicinato spontaneamente da studenti della sua scuola o da altri adolescenti nel corso di feste o manifestazioni con la richiesta di informazioni, commenti o delucidazioni associate all'intervento che ha gestito all'interno della sua scuola o della sua associazione. È un esempio concreto di come il contatto del peer educator sia potenzialmente molto più efficace e prolungato rispetto a quello di un adulto, per quanto esperto e responsabile di un servizio presente sul territorio.

RAPPORTO COSTO EFFICACIA

La valutazione dei costi all'interno di un progetto di prevenzione, e di educazione sanitaria in particolare, è sempre molto complessa. Essa andrebbe rapportata ai benefici ottenuti, ma è chiaro che l'intervento preventivo produce risultati non così oggettivabili come succede all'interno di un intervento clinico, in cui il soggetto malato è curato e riabilitato, riportato quindi ad una situazione di benessere. La prevenzione produce risultati valutabili in una prospettiva a medio e lungo termine. Un intervento d'educazione sanitaria rivolto ad un adolescente potrebbe influenzare i suoi comportamenti sessuali, che magari cominceranno da lì a tre anni. E' difficile perciò produrre una stima precisa dei costi in relazione ai risultati ottenuti. Certo è, comunque, che preparare un adolescente a rivestire il ruolo di peer educator e poi farlo agire sul campo ha costi inizialmente elevati (la fase di selezione e formazione dei peer educators, se ben condotte, sono comunque dispendiose in termini di tempo ed energia, richiedono la presenza di adulti esperti e competenti e comportano sempre l'abbandono a breve termine di qualche ragazzo che non se la sente di coinvolgersi in un progetto così impegnativo e dagli obiettivi tanto alti), che però nel tempo si dimostrano molto vantaggiosi. Un peer educator infatti non è un professionista, non ha il suo costo orario, spesso molto oneroso. Anche se esistono interventi di educazione tra pari dove il peer educator è pagato per il lavoro che svolge, quasi sempre il coinvolgimento degli adolescenti avviene su base volontaristica. Inoltre, una volta formato il peer educator è una risorsa che può permanere con questo ruolo all'interno del suo ambiente di vita per molti anni. Di conseguenza, questo riduce ulteriormente i costi d'amministrazione e di gestione del progetto. Infine, quando un peer educator ha terminato il suo mandato è possibile prevederne il coinvolgimento in fasi successive del progetto, con nuove funzioni, quali per esempio il reclutamento e la formazione dei futuri peer educators che andranno a sostituirlo. Anche in questo caso, l'utilizzo di un peer educator si rivela come una scelta che riduce i costi di gestione legati alle successive implementazioni del progetto.

BENEFICI PER I PEER EDUCATORS

Un vantaggio indubbio dei progetti di educazione tra pari è che, per chi diventa peer educator, essi costituiscono una straordinaria risorsa per l'acquisizione di competenze e per il percorso di crescita. Rivestire il ruolo di peer educator conferisce protagonismo, senso d'autoefficacia e promuove istanze di crescita, socializzazione e autodeterminazione nel soggetto che si assume tale funzione. Tutte le esperienze di peer education rivelano che il gruppo di peer educators è quello che di sicuro guadagna di più all'interno di tale tipologia d'intervento, sia in termini di competenze, che di conoscenze ed autostima. Il valore di questi vantaggi non è facilmente quantificabile e spesso non compare all'interno degli studi di valutazione d'efficacia dei progetti d'educazione tra pari, ma è indubbio che un buon educatore tra pari continuerà a giocare un ruolo di leadership competente ed "oggettivamente" fondata, anche al di fuori del proprio contesto scolastico e probabilmente anche nel corso delle future situazioni di vita che lo vedranno coinvolto. Molti esperti del settore ritengono che tale "valore aggiunto" non possa e non debba essere sprecato e, quindi, auspicano che i peer educator possano proseguire a rivestire questo ruolo una volta entrati nel mondo dell'università oppure del lavoro e siano eventualmente resi protagonisti di iniziative di prevenzione che si svolgono nei luoghi di aggregazione informale dei giovani.

CONCLUSIONI

In questo capitolo si è cercato di definire ed esplicitare il razionale in base al quale scegliere l'educazione tra pari quale strategia d'elezione per la promozione di azioni di prevenzione del tabagismo, obiettivo perseguito in modo completo dalla metodologia delineata all'interno di questo manuale. L'azione preventiva, supportata da questo modello di lavoro, ci sembra tanto più urgente poiché numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che la prevalenza di comportamenti tabacco-correlati in età evolutiva è molto elevata e attualmente ha raggiunto punte massime da quando l'epidemiologia comportamentale ha cominciato a studiare e rilevare tale fenomeno nei soggetti in crescita. In particolare, così come si è verificato per i consumi alcolici, ciò che colpisce nelle abitudini tabagiche dei preadolescenti è la sempre maggiore precocizzazione della prima sperimentazione e dell'onset delle abitudini tabacco-correlate, probabilmente sostenuta dalla maggiore disponibilità economica di cui godono gli attuali preadolescenti, rispetto al passato. Non meno influente è il potente lavoro messo a punto degli strateghi del marketing delle multinazionali del tabacco e dell'alcool, che negli ultimi due decenni hanno progressivamente concentrato le proprie energie e risorse economiche nel reclutamento di soggetti in età evolutiva sempre più giovani, utilizzando le tecniche più diverse.

Solo il senso di profonda solidarietà e condivisione che si sviluppa nelle relazioni tra pari, sostenuto dalla comunanza di obiettivi e cultura che funge da sostegno ad ogni azione di educazione tra pari, può e potrà contrapporsi all'epidemia di abitudini psicotrope che si è sempre più radicata all'interno delle pratiche degli attuali adolescenti. Così come l'appartenenza ai gruppi informali spesso genera e sostiene l'abitudine dei preadolescenti nei confronti del consumo di sigarette, allo stesso modo auspichiamo che una capillare diffusione di progetti basati sulla metodologia dell'educazione tra pari, sia, in futuro, un'efficace metodologia di "immunizzazione sociale", una sorta di vaccino educativo capace di rendere ogni soggetto in crescita capace di resistere alle false e illusorie promesse di fascino che il fumo sembra conferire. La scommessa cruciale di questo metodo partecipativo, è quella che, i legami che s'intrecciano tra ragazzi e ragazze, diventino fattori di protezione, suscitando, in chi li sperimenta, un senso di sicurezza emotiva e di appartenenza che non richiede prove di coraggio o di omologazione a tutti i costi per farsi accettare. È fondamentale svuotare la sigaretta dei significati sociali che spesso le si attribuiscono per prendere coscienza dell'unica e indiscussa certezza: essa genera una dipendenza nel soggetto che ne fa un uso quotidiano, dalla quale non è facile liberarsi.

Il Progetto Bacchus & Gamma statunitense

Il Network di Educazione tra Pari Bacchus & Gamma è un'associazione internazionale che ha sede in molti colleges e università ed è finalizzata alla promozione di progetti di educazione tra pari per la prevenzione dell'uso di sostanze ad azione psicotropa tra gli studenti in particolare, ma anche di molti altri temi di educazione alla salute rivolti a soggetti di questa fascia d'età. La "mission" di quest'associazione consiste nella promozione attiva della metodologia dell'educazione tra pari quale elemento utile per le strategie di benessere e salute all'interno dei campus universitari. L'Associazione è la prima del suo genere ad avere uno sviluppo di tipo internazionale e desidera incrementare la consapevolezza che ogni giovane deve avere rispetto al suo personale status di benessere e sicurezza attraverso attività e strategie che si focalizzano sullo sviluppo e la promozione di corretti stili di vita, processi d'autodeterminazione e competenze di decision.making e problem-solving.

Nell'ambito delle azioni educative promosse da quest'associazione lo studente è visto come l'unico soggetto davvero in grado di giocare un incomparabile ruolo di promozione e modellamento dei comportamenti a sostegno della salute all'interno del proprio gruppo dei pari. Questo ruolo non può essere vicariato nemmeno dal più esperto degli educatori sanitari. L'Associazione Bacchus & Gamma promuove il rispetto delle leggi statali e dei regolamenti di campus in tema di controllo del consumo di bevande alcoliche e si oppone alla convenzione sociale in base alla quale l'abuso di alcool è da considerarsi una pratica socialmente accettabile. Pur essendosi focalizzato principalmente sulla prevenzione dell'abuso alcolico, il Network Bacchus & Gamma promuove anche progetti di prevenzione associati alla responsabilità in tema di comportamenti sessuali, prevenzione dell'uso di marijuana e tabacco e prevenzione dell'assalto sessuale (date rape). L'intero network perciò è stato pensato a supporto di quegli studenti (che appartengono alla maggioranza) che fanno scelte responsabili in relazione alla propria salute.

L'Associazione intende promuovere maggiore sicurezza nei luoghi di vita del campus, che è visto come un setting ideale per la promozione della salute e l'obiettivo è quello di renderli ancora più salutarì e adatti alla vita di gruppo proprio attraverso l'educazione tra pari. Il network è strutturato in modo tale da consentire agli studenti di convivere socialmente in modo da ottenere competenze vitali in leadership, responsabilità, organizzazione e socializzazione. Gli studenti associati con Bacchus e Gamma sono motivati dall'esperienza personale e dal desiderio di migliorare il proprio stile di vita per se stessi e per i loro amici.

Gli studenti si sperimentano nella conduzione di programmi, campagne e progetti che creano consapevolezza, educazione e incoraggiano un decision-making responsabile. Ogni gruppo affiliato con l'Associazione Bacchus & Gamma programma i propri interventi sui bisogni specifici rilevati all'interno del proprio campus.

L'associazione Bacchus & Gamma ha un proprio catalogo di prodotti e materiali educativi, oltre che un sito internet (<http://www.bacchusgamma.org/>).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bruene-Butler L. et al. (1997), *The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project*. In G.W. Albee e T.P. Gullotta (a cura di), *Primary prevention works*, Thousand Oaks, Sage.
- 2) Giori F. (1998), *Introduzione*. In *Adolescenza e rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 13-22.
- 3) Leventhal H. e Keeshan P. (1993), *Promoting healthy alternatives to substance abuse*. In S. Millstein, A. Petersen e E. Nugthingale (a cura di), *Promoting the health of adolescents*, New York, Oxford.
- 4) Manning D.T. e Balson P.M. (1989), *Teenagers' beliefs about AIDS education and physicians' perceptions about them*, «Journal of Family Practice», vol. 29, pp. 173-177.
- 5) Milburn K. (1995), *A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health*, «Health Education Research», vol. 10, pp. 407-420.
- 6) Millstein S., Petersen A. e Nugthingale E. (a cura di) (1993), *Promoting the health of adolescents*, New York, Oxford.
- 7) Pellai (a cura di) (1997), *L'educazione tra pari e le strategie basate sull'utilizzo di tecniche artistiche nei programmi di prevenzione*, Atti del Seminario, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano, 15-16 aprile 1997.
- 8) Pellai A. (1997), *Educazione sanitaria. Manuale per insegnanti ed operatori sociosanitari*, Franco Angeli Editore, Milano.
- 9) Pellai A. (1999), *Teen television*, Franco Angeli Editore, Milano.
- 10) Pellai A, Boncinelli S (2002) *Just do it! I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia*. Franco Angeli Editore, Milano.
- 11) Pellai A, Rinaldin V, Tamborini B (2002) *Empowered Peer Education. Manuale Teorico-pratico di Educazione tra pari*. Trento, Centro Studi Erickson
- 13) Pellai A, Tamborini B (2003) *L'adolescenza. Le sfide del diventare grande*. Mc Graw Hill, Milano
- 14) Perry C.L., Kelder S.H. e Komro K.A. (1993), *The social world of adolescents: Family, peers, schools and the community*. In S. Millstein, A. Petersen e E. Nugthingale (a cura di), *Promoting the health of adolescents*, New York, Oxford.
- 15) Shiner M. (1999), *Defining peer education*, «Journal of Adolescence», n. 22, pp. 555-566.

Capitolo 5

I PROTAGONISTI NEL CONTESTO REGIONALE SI RACCONTANO

5.1 Esperienze e testimonianze di Operatori, Dirigenti Scolastici, Docenti, Peer, Genitori...

Peer Education nei territori afferenti all'Az. ULSS 5 Ovest Vicentino

Nell'Az.ULSS 5 Ovest Vicentino l'esperienza della peer education comincia a fine anni 90 ad opera degli operatori del Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda dove si avvia un'attività di prevenzione alle sostanze psicotrope.

Dopo alcuni anni l'Unità di Prevenzione alle Dipendenze, del Dipartimento Dipendenze, con responsabile il dott. Gianni Zini, inizia a collaborare con la Regione del Veneto per lo sviluppo e sperimentazione del progetto *Sfumiamo i dubbi*, progetto che ancora oggi viene promosso nel territorio di competenza dell'Az.ULSS 5.

L'Unità di Prevenzione alle Dipendenze ha incrementato l'impegno nell'attività di peer education con l'attivazione di altri progetti su tematiche che coinvolgono i ragazzi delle superiori come alcol e affettività/sexualità, sviluppate anche in collaborazione con il Servizio Consultorio Familiare.

Da più anni l'Unità di Prevenzione alle Dipendenze collabora con alcune scuole per gestire l'accoglienza con i peer educator già formati o candidati ai progetti di prossima attuazione (v. schemi allegati).

Nel corso dell'anno scolastico 2012/2013 è pervenuta la richiesta da parte di una scuola di avviare, in fase sperimentale, un'attività di prevenzione al bullismo con particolare attenzione a quanto succede sui mezzi di trasporto, coinvolgendo alcuni studenti leader della scuola.

Nel corso degli anni la progettualità legata a *Sfumiamo i Dubbi* si è naturalmente evoluta:

- **Formazione:** viene inserita nella programmazione la visita al Centro Regionale Multimediale per la promozione della salute partecipando ai laboratori sulle tematiche del tabacco. Lo scopo è quello di trasmettere informazioni corrette attraverso l'esperienza personale. Si è voluto organizzare un incontro informale fra gruppi di peer facendoli partecipare contemporaneamente ai laboratori con lo scopo di trasmettere il messaggio che stiamo lavorando in più scuole per un'attività di prevenzione comune e che il lavoro che ogni singolo peer svolge nel suo piccolo è replicato da più studenti risultando quindi amplificato su un territorio più ampio. Per alcuni ragazzi è stato piacevole incontrare studenti di altre scuole provenienti dallo stesso paese e scoprire che stavano facendo esperienze simili. Sono state fatte esperienze di coinvolgimento di alcuni peer già formati in precedenza nella gestione della formazione dei nuovi peer con esiti positivi, ma si rende necessario un ulteriore approfondimento.
- Le **attività** in cui vengono valorizzati i peer sono molteplici e si sviluppano in due direzioni: all'interno della scuola e verso l'esterno.
La scuola percepisce i peer come una risorsa e, oltre ad affidargli l'attività nelle classi come da progetto, li coinvolge sempre nelle attività con gli studenti.
Alcuni diventano poi rappresentanti di istituto o partecipano alla consulta degli studenti portando competenza e voglia di partecipazione alla gestione della scuola.

Nella scuola abbiamo rilevato che è indispensabile curare la comunicazione con le risorse interne in particolare il personale ATA e con gli insegnanti.

Per questo abbiamo sperimentato positivamente il contributo che i peer danno nell'organizzare e gestire le attività che servono a mostrare agli adulti della scuola quello che loro fanno nelle classi. Questo è servito a far sì che il personale ATA collabori con gli studenti nell'organizzarsi con il materiale necessario (fotocopie e strumentazione multimediale) e, da parte degli insegnanti, a sostenere i ragazzi nella attività fuori dalla classe.

I peer poi partecipano con entusiasmo ad **attività extracurricolari di promozione della salute**: continuano le esperienze presso molte scuole secondarie di primo grado anche di comuni diversi rivolte ai ragazzi di classe seconda, vengono contattati dai gruppi parrocchiali, promuovono incontri di sensibilizzazione con i genitori della scuola e altre iniziative/incontri/assemblee rivolte a tutti gli studenti dell'istituto.

L'attività di peer education nell'anno 2012-2013 ha coinvolto più di 90 studenti delle classi terze e più di 70 studenti di classe quarta di 6 istituti scolastici superiori distribuiti sul territorio dell'ULSS 5 Ovest Vicentino su cui insistono quattro poli scolastici e su un territorio che si sviluppa prevalentemente lungo un'asse nord-sud, montagna-pianura, per una lunghezza complessiva di circa 60 km.



Riferimenti:

Dipartimento delle Dipendenze Az. ULSS 5 Ovest Vicentino

UOSD Prevenzione Dipendenze

Resp. Dott. Gianni Zini

tel 0445.423.216 fax 0445.401.999

email: dipendenze.prevenzione@ulss5.it

Referenti: E.P. Enzo Storti e E.P. Francesco Bettiol

Il punto di vista di un docente dell'Istituto Tecnico Agrario Statale "A. Trentin" – Lonigo (VI)

Nel mese di novembre /dicembre la nostra scuola Itas Trentin di Lonigo ha partecipato al progetto "Sfumiamo i dubbi" proposto dall'ULSS 5 contro il tabagismo.

Il progetto, che ha coinvolto alunni delle classi terze e delle classi prime, si è realizzato in due fasi: una prima di formazione di Peer con alcuni ragazzi di classe terza che nella seconda fase, hanno informato e sensibilizzato gli alunni delle classi prime .

Oltre all'informazione scientifica che gli alunni hanno avuto dagli operatori dell'Ulss, dai materiali didattici e dal laboratorio di didattica multimediale "Cà Dotta" di Sarcedo (VI), il progetto ha dato l'opportunità ai ragazzi di riflettere sull'aspetto psicologico – sociale che il vizio del fumo comporta. Le informazioni ricevute hanno generato una riflessione che ha portato i ragazzi ad avere un giudizio profondamente negativo sul tabagismo a causa dei danni fisici e psicologici che esso comporta, soprattutto nelle fasce d'età più giovani.

Pertanto la profonda convinzione maturata dai Peer è stata efficacemente trasmessa ai loro compagni di prima.

L'esperienza che gli alunni del nostro Istituto hanno potuto fare è stata interessante e positiva oltre che per gli alunni stessi, anche per noi insegnanti perché ci ha rafforzato la convinzione che per promuovere una cultura libera dal fumo occorra coinvolgere attivamente tutti, soprattutto i ragazzi.

IPSSAR "Pellegrino Artusi" - Recoaro Terme(VI)

Tutto comincia tre anni fa: gli operatori ULSS, Francesco ed Enzo, già coinvolti nella nostra scuola, IPSSAR "P. Artusi" di Recoaro Terme, in interventi su problematiche giovanili, ci propongono il progetto "Sfumiamo i dubbi", finalizzato a promuovere una scuola libera dal fumo. Questo, rispetto ai precedenti, si presenta da subito come un progetto alternativo, in quanto basato sul modello dell'educazione tra pari (peer education): una strategia operativa che mira a coinvolgere gli studenti, nella realizzazione del progetto stesso, quali soggetti attivi, che consapevoli degli obiettivi da raggiungere, se ne fanno carico. Saranno gli stessi studenti (si pensa ai ragazzi delle classi quarte e quinte), opportunatamente formati, ad effettuare gli interventi di prevenzione del tabagismo con i loro compagni più giovani (alunni delle classi prime e seconde). Questa modalità di intervento, che mira ad attivare un naturale passaggio di conoscenze, emozioni ed esperienze da parte di alcuni membri di un gruppo ad altri di pari status, ci appare come particolarmente adatta ad una scuola grande e complessa come la nostra, che ospita più di mille studenti, dai quattordici ai diciotto anni, provenienti da tutto il bacino della provincia di Vicenza; una realtà studentesca variegata e problematica, umanamente ricca ma non facile da gestire.

In un paio d'anni il progetto si consolida, aprendosi ad ulteriori prospettive:

- Progetto "Liberi di scegliere", che vede come destinatari i ragazzi delle classi seconde e terze della Scuola Secondaria di primo grado.

Sono gli stessi Peer-Leader dell'"Artusi", che dopo l'intervento nelle classi iniziali del proprio istituto, vengono invitati a ripetere la stessa attività, gestendo e coinvolgendo gruppi classe delle medie, con attività interattive, filmati, questionari, animazioni e lavori di gruppo.

- Progetto "Even": peer education, per la prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza in ambito di sessualità e uso di sostanze psicoattive. Anche in questo caso gli educatori coetanei si dimostrano capaci di stabilire un rapporto di fiducia e di ascolto nei confronti dei soggetti più giovani, orientandone i comportamenti.
- Dimostrazione dell'attività svolta al corpo docenti, non direttamente coinvolto nel progetto, in modo da rendere consapevoli dell'efficacia della nuova modalità intervento il maggior numero d'insegnanti e stimolare un confronto.
- Attività di sensibilizzazione e presa di coscienza dei danni del fumo in occasione della Giornata Mondiale contro il fumo: 31 maggio

Oggi possiamo dire che questa azione educativa ha pienamente soddisfatto le nostre aspettative, aprendo anche orizzonti inaspettati, ma non per questo meno positivi. Per gli insegnanti si è rivelata una possibilità di formazione, sia come percorso professionale sia come opportunità di vivere con gli studenti un'esperienza diversa, di osservarli in un contesto insolito, più personale. Per i Peer-Leader si è realizzata la possibilità di un'esperienza di gruppo, non competitiva, che consente affermazione e riconoscimento, non solo tra pari, ma anche in linea verticale: i più grandi hanno prestato attenzione ai ragazzi più piccoli (di solito snobbati), pensando e mettendo in atto modalità efficaci di dialogo e azione formativa. Questo ha fatto di loro figure di riferimento e di esempio per i pari non solo all'interno della scuola ma anche nell'ambiente esterno. Abbiamo raccolto dai ragazzi-peer un'espressa soddisfazione nel poter essere loro stessi gli autori principali di attività, che li vedono nella figura di educatore dei loro coetanei. Vivono così l'intero progetto, non più come imposto dall'alto, da un'autorità, vissuta come estranea alle loro esigenze e ideologie, ma come un'occasione di scambio-confronto e di libera espressione all'interno del contesto scuola. Gli stessi alunni delle classi coinvolte dal progetto hanno accolto con favore e interesse l'attività dei ragazzi più grandi, contenti dell'attenzione che questi gli riservano. Le famiglie hanno espresso un parere positivo sulla realizzazione e l'esito di tali iniziative, ritenendole occasioni valide per la crescita personale e sociale dei propri figli.

Come scuola, vogliamo testimoniare che i Peer, formati in queste attività, sono diventati nel tempo importanti mediatori tra la scuola intesa come istituzione e gli studenti; in più occasioni inoltre questi ragazzi così formati si sono rivelati un prezioso supporto, che ci ha consentito di realizzare con successo altri progetti, come:

- la giornata della donna
- l'accoglienza dei nuovi iscritti
- il progetto alcolisti anonimi
- il progetto: uso consapevole della cosmesi

Obiettivo futuro è quello di far sì che nel tempo il progetto "Sfumiamo i dubbi" possa autoreferenziarsi, attraverso Peer capaci di formare a loro volta nuovi Peer, pur rimanendo costante la presenza di un docente referente di riferimento e una direzione USSL.

Rimane ancora un progetto in fieri la lotta contro il fenomeno del bullismo.

E' nostra convinzione che l'apertura di un dialogo fra coetanei abbia buone possibilità di sviluppare conoscenza e riflessione sul fenomeno, sollecitando la ricerca di comportamenti adeguati a contrastarlo.

Insegnanti referenti: Germano Piera, Stecca Teresa, Borgo Chiara
Peer testimoni: Andrea, Carla, Francesca

Istituto IIS "Silvio Ceccato" - Montecchio Maggiore (VI)

L'istituto nel quale insegno ha una struttura piuttosto complessa. Di fatto è costituito da tre realtà autonome sia come tipologia di iscritti che come corpo docente.

La sede della quale faccio parte è l'Ipsia, il professionale maschile.

In seguito alla rilevazione di comportamenti rischiosi per la salute quali il consumo di alcol, la presenza di sostanze, il fumo, già da cinque anni sono ricorsi all'aiuto dell'Ulss 5 per la prevenzione di tali comportamenti.

Da tre però si sta attuando il progetto "Sfumiamo i dubbi" che ha un'impostazione particolare rispetto alle problematiche precedentemente segnalate. È significativo, infatti, che si punti alla peer education nella convinzione che la comunicazione tra pari sia più efficace di quella tra autorità e studenti e che i peer siano poi figure capaci di applicare le tecniche e le strategie di animazione anche ad altri ambiti per coinvolgere i loro compagni nelle attività le più varie.

Lo scopo è promuovere la partecipazione attiva e la cittadinanza attraverso la consapevolezza di sé, la scelta di valori su cui giocare la propria identità e il proprio vivere individuale e sociale.

A prescindere, quindi, dall'efficacia degli interventi, che comunque non è secondaria soprattutto per ragazzi dall'estrazione sociale piuttosto umile, ciò che ha cambiato l'identità della scuola è l'impegno che i peer hanno scelto di proseguire in quello che hanno chiamato Gruppo Staff, ossia un gruppo di ragazzi che si occupa delle seguenti attività:

1. **Accoglienza delle classi prime:** nei primi giorni di scuola, i peer si presentano ai compagni più piccoli, illustrano le regole più significative a cui attenersi, soddisfano curiosità varie sui vari docenti e sulla struttura della scuola e li guidano all'elezione dei rappresentanti di classe e di istituto. Sono quindi presenti alla prima assemblea di classe che viene preparata insieme con i rappresentanti di prima.
2. **Feste e assemblee di istituto:** aiutano la funzione strumentale per le attività degli studenti a pensare e organizzare le attività extra scolastiche previste dallo statuto delle studentesse e degli studenti.

I genitori si sono sempre dimostrati disponibili sia alla concessione di permessi di uscita sia a collaborare per eventuali supporti organizzativi.

Alla fine dell'attività di Staff, i ragazzi ottengono un certificato di servizio che si traduce in credito formativo. Purtroppo la politica di adesione alle attività è diversificata nelle varie sedi. Se all'Ipsia c'è massima adesione da parte dei vari consigli di classe sia di 3[^] che di 1[^], nelle altre sedi ci si scontra con un atteggiamento refrattario se non ostile.

Quest'anno ho segnalato al Collegio dei Docenti la necessità di effettuare scelte univoche da parte dei tre plessi per concorrere ad un'identità unica della scuola nelle sue direttrici educative, forte anche del documento di accordo firmato dal Ministero della Salute e quello dell'Educazione. Spero che i docenti siano maturi a sufficienza per un'adesione compatta per il prossimo anno grazie anche al modulo di formazione che coinvolge i ragazzi anche nei loro pomeriggi oltre che nel tempo scuola.

Da due anni, il progetto ha portato alla scelta di limitare il fumo al solo secondo intervallo sia per i ragazzi che per il personale ma si prevede una scuola libera dal fumo per il prossimo anno scolastico.

Il progetto ha messo in comunicazione le sedi tra loro, ha favorito la conoscenza degli studenti delle varie sedi a prescindere dai pregiudizi mutuati spesso dagli insegnanti, ha permesso ad alcuni ragazzi di conoscere se stessi e le proprie capacità nella relazione con gli altri.

Nell'incontro di verifica finale del progetto, molti ragazzi si sono dichiarati disponibili al Progetto Even per il prossimo anno, segno di una gratificazione personale e di ruolo che aiuta la fiducia in se stessi e l'importanza di conoscere e giocare per valori positivi.

Per me è sempre interessante riscontrare come il rendimento scolastico e l'identità siano quanto mai scollati e come valga la pena di dare l'opportunità di fare esperienze che aiutino a crescere in armonia.

I ragazzi, a loro volta, imparano ad accogliere le persone al di fuori e al di là del loro ruolo istituzionale che non li definisce ma si arricchisce se ricoperto da persone di cui essi hanno stima.

Docente Mariagrazia Lovato

Azienda ULSS 6 Vicenza – SFUMIAMO I DUBBI

Il Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute (SPES) dell'Az. ULSS 6 Vicenza in collaborazione con la Lega Italiana per la lotta contro i tumori (LILT) Vicenza ha proposto nel corso dell'a.s. 2012/2013 il progetto *Sfumiamo i dubbi*.

Attuazione del progetto anno scolastico 2012/13

Nell'ambito della prevenzione del tabagismo, "Sfumiamo i dubbi" è uno dei progetti più impegnativi in quanto ha richiesto un'ampia disponibilità in termine di ore necessarie per lo svolgimento della formazione che comprende anche la possibilità di consulenza ed il monitoraggio in itinere durante l'intero percorso indicato sopra. Gli istituti superiori che hanno preso parte al progetto sono:

Istituto	Città	N. classi	N. studenti	N. Peer
Engim Veneto	Vicenza	3 prime	74	6
IPSI Lampertico	"	8 prime	207	18
ITAS Boscardin	"	12 prime	285	25
ITIS Da Schio	"	14 prime	485	22

Dopo la presentazione del progetto ai docenti, si è svolto un incontro di programmazione con i referenti scolastici per la salute degli istituti indicati. Successivamente si è passati alla selezione dei Peers, scelti dagli stessi compagni di classe, nelle classi terze e quarte, di norma due per classe attraverso la somministrazione di un breve questionario. In ogni istituto il percorso formativo dei Peers si è svolto in 4 incontri, per un totale di circa 10 – 12 ore per istituto.

Dato il notevole investimento richiesto dal progetto, i professori e i dirigenti propongono che la formazione degli studenti venga utilizzata per più anni (formati in terza per poi fare gli interventi nelle classi prime per i successivi due anni. La proposta è valida perché in questo modo i Peers maturano esperienza, vengono conosciuti e il programma è di fatto pluriennale.

Dopo il confronto con alcuni dirigenti e docenti referenti abbiamo quindi proposto agli istituti superiori l'adesione al progetto già da questo anno scolastico e stiamo ora raccogliendo le adesioni in modo da programmare la formazione dei Peers nelle prime settimane di scuola. Questo renderà possibile l'attuazione dell'intervento nelle classi prime entro Natale 2013 e in tal modo eventuali neo fumatori verranno intercettati precocemente. Un aspetto determinante per la buona riuscita del progetto è stata la costante collaborazione con i docenti di riferimento, a loro volta adeguatamente sostenuti dal restante corpo docente.

Ad oggi, con soddisfazione rileviamo che tutti e 4 gli istituti partecipanti al progetto hanno confermato la volontà di attuarlo anche per il prossimo anno scolastico. A questi si aggiungono altri 4 istituti che hanno inoltrato richiesta di adesione per il 2013/14, portando a 1500 circa gli studenti delle classi prime superiori che verranno coinvolti.

Considerazioni e spunti di riflessione

Dall'esperienza maturata nei 4 istituti secondari emergono le seguenti considerazioni:

- i docenti referenti sono stati preziosi ed estremamente collaborativi nella realizzazione del progetto
- i professori e i dirigenti ritengono importante che la formazione degli studenti sia una risorsa e un investimento che non si esaurisca nell'arco temporale di una sola annualità (formati in terza per poi realizzare gli interventi nelle classi prime per i successivi due anni). Questo porterebbe i Peers a maturare esperienza e ad essere punti di riferimento più "familiari" ai compagni, evitando così la discontinuità e il ricambio continuo degli studenti educatori
- l'intervento di formazione dei Peers e il successivo intervento nelle classi prime dovrebbe partire subito in coincidenza con l'inizio delle lezioni a settembre, per contrastare precocemente l'iniziazione al fumo da parte di alcuni studenti o comunque intercettare i neo fumatori il prima possibile. Per questo motivo si è deciso di anticipare la richiesta di adesione al progetto, da parte degli istituti, a maggio per iniziare a settembre 2013
- i Peers con esperienza annuale incontrano meno difficoltà e ottengono riscontri più favorevoli. L'aspetto più significativo è stata la responsabilità con cui i Peer hanno affrontato il percorso; unito alla sorpresa degli studenti di prima di ricevere informazioni e notizie da pari
- la modalità comunicativa e l'empatia del formatore è indispensabile per veicolare le informazioni, motivare e sostenere i Peers che si cimentano con classi a volte demotivate dove il leader negativo è generalmente ammirato.
I Peers devono essere scelti dagli stessi compagni studenti... non dai professori.

Si ringraziano gli istituti e i docenti referenti che hanno reso possibile l'attivazione del progetto "Sfumiamo i dubbi" 2012/13 nell'Ulss 6 di Vicenza:

Engim Veneto: Professor Lorenzo Messina
ITAS Boscardin Professoressa Rita Catalano
IPSIA Lampertico Professoressa Donata Spillare
ITIS Da Schio Professoressa Calomeni Francesca

Referenti di progetto

Dott.ssa Blanca Ojeda Montes (referente SPES)
Dott. Giorgio Dal Santo - Dott. Mirko Balbo

L'esperienza di peer education nei territori dell'Azienda ULSS 9 Treviso

Sfumiamo i dubbi è entrato nella realtà delle proposte dell'Az. ULSS 9 circa 7 anni fa.

In alcuni istituti è stato "sfruttato" dal Dirigente scolastico come supporto alla politica antitabagica, con il limite di pretendere in 1-2 anni il passaggio alla smoke-free school, coinvolgendo solo i ragazzi e pochissimo gli adulti.

In altri invece sta diventando parte integrante del POF e i ragazzi fin dalla prima attendono il loro tempo per diventare peer.

L'Istituto Mazzini è un piccolo istituto paritario ad indirizzo sociale (ha una sola sezione e classi piuttosto piccole). I ragazzi si conoscono tutti molto bene, sono quasi in famiglia.

La direzione è molto lungimirante e aggiornata, si lavora per competenze già da anni e i progetti di peer education sono adattissimi a questi ragazzi che coltivano fin dalla prima la loro predisposizione. Viene condotta una formazione di classe, in terza, alla quale partecipano tutti, in orario scolastico, solitamente nelle ore di scienze che la referente dedica a questo progetto. I ragazzi sono molto supportati anche nella ricerca di materiali e nell'approfondimento dei contenuti dai loro insegnanti. Riescono a sperimentare le attività in formazione ma non c'è la possibilità per tutti di sperimentare un vero e proprio intervento.

Ad opera di una o due coppie viene svolto nella unica classe prima un incontro, ma la loro attività prevalente si svolge nelle scuole secondarie di primo grado che già ci conoscono e che li invitano ogni anno, per un intervento parallelo in tutte le terze al quale aggiungono un momento di orientamento in cui presentano la loro scuola.

Spesso hanno saputo utilizzare le strategie apprese con "sfumiamo i dubbi" anche in altre attività, ad esempio con i ragazzi del carcere minorile, loro coetanei. Anche se la formazione viene fatta in classe, non tutti i ragazzi poi diventano educatori tra pari: ai fumatori non viene data la possibilità di andare in classe e se qualche studente si rifiuta non viene forzato, ma se ne tiene conto nella valutazione delle competenze.

L'Istituto Besta invece ha cominciato le attività di peer education lo scorso anno. Si tratta di un istituto professionale ad indirizzo sociale e commerciale con due sedi separate.

Al suo interno vi sono vari conflitti tra docenti e l'approvazione dei progetti, ancora non assimilati nel POF, è sempre faticosa e osteggiata.

La formazione in questo caso è avvenuta fuori dall'orario scolastico, ma vi sono stati numerosi intoppi per la programmazione degli interventi. Come spesso accade però, dopo la realizzazione, parecchi insegnanti hanno abbassato le loro resistenze e speriamo che con il tempo le difficoltà di appianino. Il bilancio è finora comunque positivo in relazione al grado di partecipazione dei peer (che hanno anche scritto al DS per sostenere l'iniziativa), al gradimento degli studenti, alle competenze raggiunte.

Naturalmente vi sono altri istituti in cui il progetto si svolge già da tempo e con continuità..ma queste due realtà rappresentano in qualche modo i due estremi dell'esperienza, che si rivela comunque in continua evoluzione e che rappresenta una fonte di crescita per noi operatori tanto quanto per gli attori veri protagonisti: i ragazzi.

Significativa in termini di sviluppo è l'esperienza dell'Istituto Alberghiero di Treviso (1800 studenti) nel quale la peer education è diventata strategia integrante del POF. Iniziata 4 anni fa con l'introduzione di "Sfumiamo i dubbi" l'esperienza si è sviluppata velocemente nel tempo grazie alla numerosità dei ragazzi coinvolti, e alla sensibilità del Dirigente scolastico e del referente che insieme hanno convinto e coinvolto i docenti. I ragazzi si sono fatti subito promotori di iniziative interne, dai corsi di recupero, alle raccolte di generi alimentari, alle proposte per il consiglio d'istituto. Si sono costituiti come gruppo ed hanno dato buona continuità ai progetti partecipando sempre alla formazione dei peer junior. Lo scorso anno l'attività è stata estesa anche alla prevenzione delle MST e i ragazzi hanno portato i loro interventi anche in altre scuole. Il miglioramento in termini di partecipazione, di clima generale e di capacità di assunzione di responsabilità non solo dei peer ma anche delle classi è stato notevole. Certo, in questo caso ci sono stati presupposti di contesto estremamente favorevoli, che ci auguriamo non si modifichino con il cambio di Dirigente scolastico.

Operatore Francesca Allegri
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Educazione e Promozione della Salute

Istituto "F. Besta" Treviso

Siamo tutti pressoché coetanei, scelti tra le diverse terze dell'Istituto F. Besta di Treviso, sarà per questo, o anche per il semplice fatto che siamo volontari, che il lavoro programmato di peer education si è svolto con tanta attenzione, collaborazione e voglia di andare fino in fondo. Si dice che una pianta non muore senza dare frutto, ma una pianta come questa è destinata a mettere radici sempre più profonde e a far fiorire nuovi germogli.

A parere personale è stata una esperienza degna di essere vissuta con tanto di cappello allo staff di educatori per essere riusciti a coinvolgere noi ragazzi in un progetto tanto ambizioso, quale la prevenzione delle dipendenze, dal fumo in primo luogo. Un progetto così comporta tanta responsabilità.

Un'esperienza guidata, quasi un apprendistato, con la propria classe, per poi passare all'azione vera e propria con l'intervento nelle classi prime che, diversamente da quanto ci aspettavamo, hanno collaborato con noi facendoci sentire molto a nostro agio.

Questo progetto porta a rendersi utili agli altri. A questo proposito non posso evitare il riferimento al motto di Baden Powell: ESTOTE PARATI, sempre pronti, pronti a servire il prossimo. Quello che abbiamo fatto in questo progetto ci riporta a questo motto, e noi siamo stati pronti. Pronti e pieni di buona volontà.

Edoardo – peer Sfumiamo i dubbi

Mi chiamo Antonella Sosi e sono la referente per l'ISS Besta di Treviso dei progetti che riguardano i servizi agli studenti, tra i quali quelli di educazione alla salute. La mia scuola raccoglie quasi mille studenti, suddivisi in due sedi, la centrale e la succursale. In centrale i ragazzi frequentano gli indirizzi economico aziendale, turistico e grafico mentre nella succursale gli alunni seguono l'indirizzo socio sanitario.

Lo scorso anno, per la prima volta, è stata introdotta la metodologia della peer education ed è partito il corso di formazione dei peer tenuto dalla dott.ssa Allegri.

Ha aderito al progetto la succursale che si è mostrata più sensibile alla tematica specifica, probabilmente per il corso di studi che porta avanti, mentre il tentativo di avviarla anche in sede centrale è fallito. La formazione è stata condotta dall'operatrice ULSS 9 e seguita interamente dalla sottoscritta nelle ore mattutine. Lo scorso anno la formazione dei nostri ragazzi si è svolta congiuntamente a quella dei ragazzi dell'ITIS Fermi, adiacente al nostro, cosa che ha reso il gruppo più vivace anche nello scambio di esperienze e conoscenze. Al termine della formazione, ogni gruppo ha lavorato nel proprio istituto e i ragazzi hanno condotto gli interventi di sperimentazione nelle loro classi senza particolari problemi. Di seguito sono riusciti ad implementare il progetto nelle prime di entrambe le sedi.

Al termine dell'anno scolastico, la dirigenza ha deciso di perseguire l'obiettivo di una scuola "libera dal fumo", cominciando con l'individuare uno spazio isolato per i fumatori, lontano dall'ingresso dell'istituto.

Tenuto conto della validità e del successo riscontrato tra i peer e nelle classi destinatarie dell'intervento, l'anno si è concluso con l'accordo che già a partire da settembre si sarebbero pianificate le formazioni nuove sia per il tabagismo che per l'HIV. E così si è proceduto. Ma non sempre il buongiorno si vede dal mattino: al primo collegio docenti le cose si sono complicate, a causa di una presa di posizione sindacale del collegio, che ha bloccato l'approvazione di tutti i progetti, in segno di protesta contro i mancati finanziamenti alla scuola.

Saltata la prima e anche la seconda programmazione degli interventi, consultata la dirigenza, allo scrutinio del primo quadrimestre, ho di nuovo sottoposto ai consigli di classe le attività di ed. alla salute, tra le quali anche i progetti di peer education, evidenziando della qualità della formazione e il fatto che non comportavano costi aggiuntivi, ma la risposta dei colleghi non è stata unanime.

Nonostante ciò, la selezione dei peer era avvenuta e il corso di formazione per "sfumiamo i dubbi" è stato programmato nelle prime ore pomeridiane al di fuori dell'attività didattica: in questo modo si facilitava la partecipazione agli alunni di entrambi le sedi in un'unica formazione e non si dava motivo ai colleghi di protestare per l'assenza nelle ore curricolari. Nello stesso periodo un gruppo di ragazzi di quarta, tra i quali tre alunne già peer senior, aveva aderito al progetto tra pari per il sostegno allo studio pomeridiano, rivolto alle classi del primo biennio. La dirigenza aveva acconsentito all'avvio di questa proposta, a titolo sperimentale, con la convinzione che potesse contribuire a dare una risposta ai reali e concreti bisogni di una fascia di utenza. Gli alunni tutor, dopo un minicorso improntato sulla comunicazione, si sono prestati per due mesi, tre pomeriggi alla settimana, ad aiutare i compagni con carenze anche gravi nel profitto. Al termine sono stati formulati dei questionari per monitorare la ricaduta del progetto sia sui peer, sia sull'utenza, sia nei consigli di classe. Quello che al momento si può affermare, visto che i dati raccolti dai consigli di classe ancora non sono completi, è che per la componente alunni l'esperienza è stata considerata utile, formativa e da riproporre l'anno seguente. Anche molti genitori hanno manifestato il loro apprezzamento per il progetto.

Non si può non tener conto delle criticità riscontrate durante i due anni: gli interventi di peer education di per sé sono articolati e dispendiosi in termini di risorse sia per gli studenti, sia per gli operatori e i docenti. Considerato che pochissimi colleghi, almeno nel mio contesto, conoscono veramente questa metodologia educativa, che i più si limitano ad un puro atteggiamento di delega ("fai tu che poi vediamo come va") e che alcuni addirittura non la condividono perché temono l'assunzione di un ruolo attivo da parte degli studenti, che poi risulterebbe difficile da "gestire" e preferiscono rimanere ancorati ad un vecchio modello di apprendimento e di assunzione gerarchica di ruoli, che tuttavia risulta ormai fuori tempo, il lavoro da portare avanti per la diffusione e l'implementazione risulta essere davvero titanico.

Per cercare di risolvere o quantomeno ridimensionare tante difficoltà e resistenze, ritengo sia necessario costituire all'interno dell'istituto un gruppo di lavoro e di confronto, composto dalle diverse componenti scolastiche che, in modo flessibile sia disposto a ricercare strategie per coinvolgere maggiormente il corpo insegnante, e diffondere partecipazione e conoscenza della peer education. Penso potrebbe essere utile in un collegio, ritagliare uno spazio ad hoc, dedicato esclusivamente alla peer education, magari attuato con la partecipazione dell'operatore ULSS che risulterebbe alla fine non una persona estranea alla scuola ma un valido, attivo e credibile collaboratore nel percorso educativo complessivo degli studenti. Serve inoltre sottolineare che la formazione dei peer, introdotta con l'educazione alla salute, è da considerarsi punto fondante dell'intero processo in quanto pur legata alla tematica della prevenzione, fa acquisire ai ragazzi competenze e abilità che li rendono in grado di assumere ruoli importanti e diversi all'interno della scuola. La sperimentazione dei tutor per lo studio ne è stato un esempio concreto, così come il tentativo attuato per la prima volta di far presentare durante la settimana dell'accoglienza nelle classi prime, il compito dei rappresentanti di classe da peer di quarta. Anche questo intervento ha riscosso un alto gradimento.

Solo in questo modo si potrebbe cercare di allargare l'entusiasmo, già fortemente presente negli alunni anche in un corpo docente che troppo spesso appare impermeabile al cambiamento o quantomeno individuare una parte di esso più sensibile e disposto a mettersi in gioco. L'ideale massimo da perseguire è quello che i progetti di peer education siano considerati progetti di istituto, innovativi e con una forte ricaduta educativa, vissuti come progetti della scuola e per questo inseriti nel POF.

Docente Sosi Antonella

Istituto Scolastico Paritario "G. Mazzini" Treviso

Per venire incontro alle rinnovate esigenze del mondo del lavoro che richiedono competenze sempre più sofisticate e specifiche spendibili in ambiti professionali diversificati, il Nostro Istituto cerca di arricchire ormai da tempo il proprio curriculum, con esperienze integrative finalizzate a questi scopi.

Grazie alla partecipazione a Progetti, come appunto "Sfumiamo i dubbi", viene data la possibilità ai nostri studenti di vivere importanti e qualificanti esperienze utili a rendere più stimolante e dinamico l'apprendimento di temi specifici inerenti il percorso di studi e nello stesso tempo di promuovere la salute, come in questo caso nel campo del tabagismo.

Negli ultimi anni la Scuola sta vivendo cambiamenti importanti e radicali per stare al passo con una popolazione scolastica in evoluzione, sempre più esigente e che necessita d'essere stimolata da attività innovative, dirette e concrete. Ci viene chiesto di diventare il Liceo della contemporaneità, capace di applicare la multidisciplinarietà dei Programmi Didattici, di promuovere una didattica innovativa che dia spazio all'utilizzo di nuove tecnologie e che veda il Docente non più come Magister ma come Direttore d'orchestra, permettendo agli studenti di costruire il loro apprendimento attivamente.

Il Nostro Istituto ha comprovato che una didattica meno statica e frontale, ma flessibile ed coinvolgente, permette agli alunni di divenire più motivati e di apprendere con più vivacità e spontaneità, diventando protagonisti attivi del loro processo formativo.

La metodologia della peer education si inserisce perfettamente in questo contesto, diventando uno dei più potenti strumenti a nostra disposizione per raggiungere gli obiettivi prefissati in una scuola che vuole essere innovativa.

Ho potuto notare che l'educazione tra pari attiva un processo spontaneo di passaggio di conoscenze, di emozioni e di esperienze da un gruppo ad un altro, di pari status. Attraverso questo progetto non solo viene messo in evidenza quanto sia più efficace la comunicazione tra pari rispetto all'intervento educativo condotto da un adulto, ma anche come gli stessi peer acquisiscano autonomia, autostima, abilità sociali, capacità di coinvolgere un gruppo e condurre interventi, responsabilizzazione e capacità relazionali, tra l'altro proprio in quel momento della vita, l'adolescenza, in cui la vulnerabilità fisica, psichica e sociale è particolarmente evidente.

Cosa ha lasciato questa esperienza ai vari attori di questo progetto? Abbiamo potuto constatare attraverso i racconti dei peer, l'influenza sociale dell'educazione tra pari, la funzione di modello in termini di atteggiamenti e comportamenti assunta dagli stessi durante gli interventi. Si è potuto appurare sul campo, come la libertà comunicativa ed il coinvolgimento nelle discussioni interattive abbia reso possibile l'acquisizione spontanea di life skills nei giovani, la promozione della salute e di stili di vita sani. Dopo il primo anno di esperienza, i peer educator stessi fecero notare che l'avvicinarsi dei ragazzi al tabagismo, avveniva oramai più precocemente rispetto alla loro età. Sulla base di queste osservazioni e al fine di aumentare l'efficacia preventiva del Progetto, la Nostra Scuola ha pensato fosse opportuno che gli interventi di promozione alla salute venissero attuati in classi con alunni di età inferiore: è nata così la proposta agli Operatori e Responsabili del Progetto "Sfumiamo i dubbi", di rivolgere gli interventi di peer education agli alunni di classe terza e seconda di Scuole Secondarie di Primo grado, conferendo un aspetto sperimentale e innovativo al progetto stesso. Dopo due anni di sperimentazione alle "Scuole Medie", i peer stessi riportano come effettivamente si sia rivelato più efficace l'intervento rivolto a tale fascia d'età ma anche quanto sia stato difficile relazionarsi con alunni più giovani e vivaci. I peer ritengono sarebbe più produttivo dilazionare i tempi stabiliti per le attività, al fine di soddisfare le richieste di approfondimento su argomenti trattati e le curiosità che spesso non emergono da subito, ma proprio al termine degli incontri. Evidenziano che sarebbe molto utile un coordinamento con i Docenti della classe in cui andranno a svolgere l'attività, per vari motivi, per es. essere messi al corrente delle dinamiche e caratteristiche della classe, di eventuali casi di alunni problematici o in difficoltà a cui prestare attenzione o semplicemente per capire se l'argomento è già stato in parte affrontato. Hanno potuto constatare che questi progetti sono particolarmente utili anche per aprire il dialogo con i propri Genitori su tematiche spesso ritenute marginali o tabù, e propongono un loro diretto coinvolgimento per esempio in fase preparatoria.

I Genitori dei peer riconoscono l'efficacia di tali attività, notando una importante maturazione relazionale dei loro figli e un dialogo più aperto rispetto ad ambiti di prevenzione o tematiche spesso difficili da argomentare in famiglia. Fondamentale è che il docente non sia presente durante le attività dei peer, infatti hanno potuto notare sul campo come la loro presenza crei un netto cambiamento nelle dinamiche di classe, minore spontaneità ed apertura al dialogo, a volte al punto di impedire lo svolgimento dell'intervento stesso.

Concludendo, dapprima esclusivamente come Insegnante e Referente scolastica del Progetto e ora in veste di Coordinatrice Didattica, mi sento di affermare quanto **sia fondamentale che Progetti come questo trovino sempre più spazio all'interno della Programmazione Didattica di ogni Consiglio di classe e diventino vere e proprie Unità Didattiche Interdisciplinari**, non solo per tutte le motivazioni sopracitate, ma anche perché si sono rivelate mezzi che permettono di avvicinare gli studenti alla contemporaneità, fornendo loro strumenti adatti a comprendere la complessità della società moderna e ad analizzare i problemi del mondo contemporaneo.

La Coordinatrice Didattica ed Insegnante referente per il Progetto
Prof.ssa Valentina Tonon
Studenti classe III ^ A “Liceo delle Scienze Umane-opz. Economico Sociale”
Studenti classe IV ^ A “I.T.A.S.-Dirigente di Comunità”
Il Legale Rappresentante
Sig. Denis Surian

CFP “istituto Turazza” Treviso

“ Di colpo apro gli occhi,
e c'è solo fumo davanti a me,
si vedono solo i tuoi grandi occhi neri.
CHE FAI ADESSO, FUMI?
COMPLIMENTI, TI SEI UNIFORMATO AGLI ALTRI.
Tu mi guardi e non parli,
poi rispondi: SI E ALLORA?
Sei freddo, sei lontano.
Ti giri e fumando la tua sigaretta te ne vai.
Perché, perché l'hai fatto?
Ti sei abbandonato agli altri,
e, piano piano ti stai rovinando.
E tu magari neanche sai cosa stai fumando,
3000 sostanze ti stanno inquinando,
polmoni e vene le stanno assorbendo.
Ma dimmi perché, perché ti stai rovinando?
Ai miei occhi eri bello, eri qualcuno,
eri tu! Ora invece sei la massa.
Dov'è il tuo carattere fiero?
Sei barcollante in una nuvola di fumo... “

Peer. Giornata mondiale contro il fumo 2012

“Quando una persona diventa peer, lo è per sempre. E il suo dovere continua anche oltre le barriere della scuola. C'è un mondo da cambiare e il futuro è nelle nostre mani”

Peer, Stefania G.

5.2 Peer education nei progetti di educazione alimentare e di promozione dell'attività motoria: il progetto “Nutrilandia”, l'esperienza dell'Azienda ULSS 19 di Adria

Laura Beltrame e Monica Cibir, Az. ULSS 19 Adria

Il Progetto Nutrilandia, promosso e organizzato dal SIAN del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 19 di Adria, è arrivato ormai alla sua decima edizione: 10 anni di promozione della salute per la prevenzione dell'obesità attraverso scelte alimentari salutari e l'incremento della pratica di attività motoria nella popolazione scolastica del territorio con strategie diversificate per le varie età.

E' l'edizione n°7 di “Nutrilandia”, anno scolastico 2009-2010, che vede l'introduzione dell'educazione tra pari quale azione di prevenzione e promozione della salute con l'obiettivo di attivare un processo di passaggio di conoscenze, emozioni ed esperienze da parte di alcuni membri di un gruppo ad altri coetanei attraverso un'elaborazione collettiva di valori e di linguaggio condivisi.

ANNO SCOLASTICO 2009-2010

Progetto “Peer Education-Nutrilandia 7”, scuole coinvolte: n°1 Liceo (2 classi quinte, all'interno delle quali sono stati identificati i “Peer”); n°1 Istituto Tecnico (6 classi seconde).

Attività Chiave

- Attività formativa in classe con dietista e psicologa relativa alle corrette scelte alimentari e attività fisica, aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali dell'alimentazione, valutazione della motivazione al cambiamento;
- Identificazione dei peer: in collaborazione con gli insegnanti sono state identificate n°3 ragazze-peer che hanno elaborato, con supervisione e collaborazione di Dietista e Psicologa del SIAN, dispense, materiale didattico, presentazioni di PowerPoint personalizzate, relativi ai contenuti appresi negli incontri di formazione in classe da utilizzare durante la peer education;
- N°2 incontri di “Peer Education”: con gli studenti delle classi seconde del proprio Liceo e con le classi seconde dell'Istituto Tecnico;
- Le classi quinte del Liceo hanno partecipato al convegno Organizzato dall'Azienda ULSS 19 “OBESITA' INFANTILE: REALTA' DEL BASSO POLESINE E AZIONI DI PREVENZIONE” che ha avuto luogo il 27 Marzo 2010; tutto il materiale prodotto (dispense, slides, appunti) nel corso del progetto “Peer education” è stato elaborato e raccolto in una tesina che le tre studentesse hanno presentato e discusso all'esame di maturità.

Progetto “Peer Education-Nutrilandia 7”, scuola coinvolta: n°1 Istituto Tecnico

Attività chiave

- Organizzazione di un incontro con i ragazzi delle classi terze sui temi della sana alimentazione, utilizzo degli integratori nell'attività sportiva e bevande energetiche con la partecipazione di un testimonial sportivo
- Identificazione dei peer e incontri di peer education con studenti delle classi seconde e con un gruppo di ragazzi disabili dell'istituto.

ANNO SCOLASTICO 2011-2012-Nutrilandia 9, scuola coinvolta: n°1 Istituto Tecnico

Attività chiave

- Organizzazione di un incontro con i ragazzi sui temi della sana alimentazione, prodotti biologici e di filiera corta, disturbi del comportamento alimentare, seguito dalla visione di un film che ha affrontato il tema dell'anoressia con successiva discussione e riflessione di gruppo con Dietista e la Psicologa del SIAN, identificazione dei Peer.
- Raccolta delle riflessioni emerse, di foto e poesie sulla sana alimentazione in un cd rom che è stato utilizzato quale materiale didattico per la peer education che i peer hanno svolto con i ragazzi di una classe di studenti più giovani del proprio istituto.

Nell'implementazione del progetto "Peer Education" a partire dalla prima edizione ad oggi, abbiamo potuto identificare alcuni punti di forza e criticità:

Punti di forza

- 1) **Co-progettazione con la scuola:** in ogni edizione di "Nutrilandia", la programmazione specifica del progetto e i relativi contenuti sono stati modificati in relazione alle necessità espresse dai Dirigenti Scolastici e dagli Insegnanti referenti, con i quali la collaborazione è stata fondamentale per la motivazione dei ragazzi e la realizzazione del percorso di educazione e promozione alla salute. Parallelamente agli interventi in classe degli operatori del SIAN, gli insegnanti, sia nelle classi dei Peer che nel gruppo dei pari, hanno affrontato con i ragazzi le tematiche dell'alimentazione corretta e attività motoria durante le lezioni di scienze, matematica ed educazione fisica.
- 2) **L'esperienza personale dei ragazzi:** Gli studenti "Peer" hanno riportato ai propri compagni l'esperienza personale rispetto alle abitudini alimentari e di attività motoria, le riflessioni maturate in merito e i cambiamenti intervenuti durante il percorso svolto in classe con gli Insegnanti e con gli operatori del SIAN. La "Peer Education" si è rivelata occasione di confronto fra coetanei, i ragazzi hanno identificato insieme situazioni problematiche e immaginato autonomamente soluzioni, pur potendo contare sulla collaborazione di adulti esperti. I "Peer" hanno parlato di sé ai propri compagni e il fatto di riportare la propria esperienza rispetto allo stile di vita sano, i dubbi, le difficoltà incontrate, al di là dei contenuti teorici, ha favorito fra i ragazzi auto-apertura, condivisione, esercizio di abilità di problem-solving.

Criticità e suggerimenti

- 1) la programmazione e realizzazione del progetto è molto onerosa in termini di tempo: gli insegnanti e soprattutto i ragazzi spesso hanno difficoltà a conciliare i tempi del progetto con le attività curriculari (soprattutto dove le attività di promozione della salute non sono considerate tali), per questo motivo la scelta dei "peer" è stata fatta dagli insegnanti in base a criteri di responsabilità personale e impegno nelle attività proposte oltre all'interesse specifico per gli argomenti trattati. Al fine di sostenere e premiare la motivazione dei ragazzi, tutte le classi che hanno partecipato al progetto hanno ricevuto un attestato di partecipazione e sono state pubblicamente premiate.
Quando possibile, le classi partecipanti sono state coinvolte direttamente nelle attività e nelle iniziative dell'azienda sanitaria, ed esempio invitando le classi ai convegni e alle attività formative relativi alla sana alimentazione.

- 2) Valutazione dell'efficacia e prospettive future. Solo nel corso dell'anno scolastico 2011-2012 è stata introdotta una prima modalità di valutazione del progetto, si tratta di una valutazione di gradimento e di motivazione al cambiamento del comportamento alimentare attraverso l'utilizzo di un semplice questionario: nell'anno scolastico 2011-2012, il 30% dei ragazzi, in seguito al percorso svolto, ha riferito di aver modificato alcuni aspetti del proprio comportamento alimentare, il 37% di aver deciso di cambiarlo ma di non aver ancora messo in atto questo cambiamento.

5.3 L'educazione tra pari per la prevenzione dell'infezione da HIV e delle altre Infezioni Sessualmente Trasmesse negli Istituti Secondari di secondo grado di 3 Aziende ULSS del Veneto

Fabrizio Guaïta

Premessa

Con questo contributo si vuole raccontare l'esperienza che un gruppo di circa 200 ragazzi peer di 17-18 anni di tre Aziende ULSS del Veneto (ULSS 4 Alto Vicentino, ULSS 9 Treviso e ULSS 13 Mirano) ha potuto sperimentare, partecipando per due anni al progetto nazionale "Guadagnare salute in adolescenza", strutturato su interventi di peer education rivolti alla prevenzione delle infezioni del virus HIV e di altre Infezioni Sessualmente Trasmesse. Tale progetto ha preso spunto dalle esperienze di peer education realizzate su questa tematica negli ultimi anni in particolare in Piemonte e in Sicilia e con il supporto dell'associazione Contorno Viola e della società Eclectica ha ottenuto nel triennio 2010 - 2012 l'adesione di 15 regioni italiane, che hanno sperimentato il progetto nelle loro specifiche realtà territoriali. Durante tale periodo, nella nostra regione, dopo un primo periodo dedicato al confronto tra operatori e alla costruzione di un percorso condiviso (formativo, operativo e valutativo), sono stati formati oltre 200 studenti con 7 corsi della durata media di 7-8 incontri, coinvolgendo 7 Istituti Secondari di secondo grado (1 dell'ULSS 4, 4 dell'ULSS 9 e 2 dell'ULSS 13) di diversi indirizzi (Licei, Istituti tecnici e Istituti professionali).

L'intervento è stato poi effettuato in 50 classi di 2° e 3° (10 nell'ULSS 4, 19 nell'ULSS 9 e 21 nell'ULSS 13), per un totale di 1.160 studenti coinvolti. Accanto all'esperienza dei peer in classe sono stati attuati interventi di rinforzo da parte di docenti ed operatori.

Obiettivi generali (mission)

- promuovere la partecipazione attiva degli studenti nell'ambito scolastico, in particolare favorendola nelle azioni di prevenzione legati a problemi adolescenziali (nel nostro caso prevenzione IST e dell'infezione da HIV)
- sensibilizzare i giovani sui rischi connessi all'attuazione di comportamenti rischiosi attraverso i gruppi di pari
- favorire lo sviluppo delle abilità personali
- promuovere la collaborazione tra adulti e giovani sui temi della promozione della salute e tra varie istituzioni.

Obiettivi specifici

- individuare e formare gruppi di ragazzi affinché diventino peer educator
- favorire l'ideazione e la produzione di messaggi di promozione della salute
- individuare le sinergie tra le figure coinvolte: ragazzi, insegnanti, direzione scolastica, personale non docente, operatori sanitari.

Fasi operative

Come ogni progetto di peer education, anche questo è scandito da varie fasi, tra loro concatenate e a volte presenti contemporaneamente.

Fase 1°. Costituzione gruppo di coordinamento

Tale gruppo, presente in ogni azienda ULSS coinvolta, è stato formato nei primi mesi del 2011, strutturandosi in una rete interistituzionale tra Aziende ULSS, Scuole, Privato sociale... Era formato dagli Operatori socio-sanitari coinvolti nelle attività formative e di tutoraggio, da alcuni docenti e dagli esperti coinvolti nei momenti di approfondimento.

I principali compiti del gruppo erano quelli di definire i ruoli di ogni componente, condividere la mission del progetto e co-costruire i processi operativi del progetto (es. il target, il tempo, le risorse, ecc...). Nelle singole realtà, poi, il percorso si è declinato in modo differenziato, in base al contesto di riferimento e alle specifiche esigenze territoriali.

In particolare:

Az. ULSS 4 Alto Vicentino: quattro incontri iniziali di preparazione; il coinvolgimento del consultorio familiare per una collaborazione attiva nella fase formativa; incontri con l'insegnante referente alla salute per avere l'adesione di massima al progetto da parte dell'Istituto coinvolto; una presentazione del progetto durante collegio docenti, con l'adesione di alcuni insegnanti; la preparazione e invio del materiale di coinvolgimento (presentazione in Power Point, lettera ai genitori dei peer, etc.).

Az. ULSS 9 Treviso: con l'Ufficio Scolastico Provinciale di Treviso è emersa la volontà di organizzare dei corsi di formazione sulla peer education aperti agli insegnanti delle scuole superiori e agli operatori ULSS interessati. A tale scopo si è costituito un Comitato tecnico scientifico comprendente 2 Dirigenti dei servizi educativi dell'UST, un docente, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, il dirigente del SEPS e l'Assistente sanitaria del SEPS. Il primo corso è stato attuato nel mese di ottobre 2012, con la partecipazione di 25 docenti degli Istituti Superiori di secondo grado e 15 operatori ULSS.

Az. ULSS 13 Mirano (Venezia): al Liceo Majorana Corner: 2 incontri, uno con 8 insegnanti del Dipartimento di scienze dell'Istituto per discussione, coinvolgimento e adesione al progetto ed uno con due insegnanti Area linguistica e 2 insegnanti di religione, per coinvolgimento e adesione al progetto. Il ruolo degli insegnanti è stato quello di attuare una ripresa (rinforzo) del progetto dopo gli interventi degli operatori, attraverso modalità specifiche per ogni singola disciplina trattata. All'ITGCS "8 Marzo"-Mirano: sono stati fatti incontri iniziali sia con la dirigente che con la referente alla salute. Il progetto è stato presentato in collegio docenti e fatto proprio dall'Istituto all'interno delle attività di educazione alla salute dell'a.s. 2011/2012.

Per poi favorire lo scambio di esperienze ed uno spazio di confronto e rielaborazione, è stato organizzata il 22 settembre 2011 una **giornata di formazione regionale a Venezia** alla quale hanno partecipato 14 operatori socio-sanitari a vario titolo coinvolti nel progetto e 10 docenti dei diversi Istituti. La giornata, coordinata dalla dr.ssa A. Ermacora della società Eclectica di Torino, si è centrata sia su una presentazione del progetto inserito in una cornice più complessa dello strumento "peer education", con le sue potenzialità, criticità e linee evolutive, sia sui principali strumenti e mediatori utilizzati.

E' stata inoltre organizzata, alla conclusione del progetto, una **giornata di formazione regionale** su "Parlare di sessualità e prevenzione agli adolescenti: contesti, linguaggi, informazioni e responsabilità", tenutasi a Dolo il 5 novembre 2012 e condotta dal prof. Rifelli, Università di Bologna e direttore del Centro Italiano di Sessuologia, a cui hanno partecipato 24 tra operatori e docenti.

Fase 2°. Individuazione dei peer educators (promotori di salute)

L'individuazione e la successiva selezione dei peer educator è un aspetto della metodologia che presenta numerosi e differenti punti di vista. Il gruppo di coordinamento nazionale, dopo aver vagliato varie possibilità e esperienze, ha considerato come criterio da seguire quello che valorizza la candidatura spontanea dei peer.

L'adesione è stata dunque spontanea da parte dei ragazzi (autocandidatura), in seguito ad una breve presentazione in classe da parte del conduttore o da parte di uno o più peer senior (nel caso in cui era già presente una generazione di peer disponibile). Questo criterio è stato scelto in quanto è quello che maggiormente facilita l'adesione di ragazzi eterogenei, i quali a loro volta possono diventare un punto di riferimento per ragazzi e gruppi di ragazzi diversi presenti all'interno della scuola.

Le principali **caratteristiche** dei peer educator erano quelli di avere un'età tra i 17 - 18 anni (preferibilmente di 3° superiore); non erano essenziali le capacità scolastiche, quanto quelle legate alla sfera emotiva, relazionale, sociale. A tutti si è chiesto di condividere un "contratto" che prevedeva la partecipazione ai momenti di formazione, l'intervento in classe e il coinvolgimento in momenti di verifica (in itinere e alla conclusione del progetto).

L'esperienza riportata dai ragazzi non è dissimile da quella che si riscontra in altri progetti in cui è utilizzata la peer education. Interesse, coinvolgimento, voglia di mettersi in gioco in prima persona, riconoscimento di essere un compagno e amico "competente" da parte dei propri pari: tutto questo e molto altro in quello che i peer hanno riportato nei loro diari di bordo, negli incontri di valutazione e nei focus group che sono stati effettuati nel mese di maggio 2012 dai referenti nazionali del progetto. A parere degli operatori coinvolti, il tema delle MTS e dell'infezione da HIV sembra essere più semplice da affrontare rispetto ad altri argomenti e forse anche più utile, considerato che spesso esistono informazioni nebulose o del tutto errate da parte degli studenti.

Fase 3°. Formazione degli insegnanti

Durante tutto lo svolgimento del progetto era chiaro quanto il coinvolgimento della scuola risultasse fondamentale, ponendola nella posizione di assumere consapevolmente il proprio compito all'interno del progetto rispettandone la metodologia in ogni sua fase. L'individuazione di uno o due insegnanti di riferimento è stata essenziale per promuovere nella scuola la cultura della peer education, facilitare la comunicazione tra gli attori, l'organizzazione delle diverse fasi.

Il coinvolgimento degli insegnanti era in particolare finalizzato ad attivare momenti di rinforzo, all'interno della loro abituale attività didattica, dopo l'incontro gestito dai peer in classe.

E' stato pertanto attivato uno specifico percorso di formazione rivolto agli insegnanti dei diversi Istituti coinvolti (sui diversi temi del progetto: le I.S.T., la metodologia della peer education, il ruolo del docente), con l'obiettivo di facilitare gli insegnanti nell'assumere il loro ruolo e di esplicitare e motivare il "rinforzo", che gli insegnanti avrebbero poi attuato al termine dell'incontro tra pari.

L'intervento dei peer rappresenta infatti un momento importante di sensibilizzazione e di informazione, ma non può e non deve essere l'unico. I peer attraverso il loro linguaggio e con i loro interventi creano un contesto predisposto all'ascolto e permettono agli insegnanti di essere più efficaci nel campo alla promozione alla salute.

Il loro intervento di rinforzo rappresenta perciò un'occasione unica e fondamentale, in quanto gli insegnanti sono i soli a conoscere in modo approfondito le dinamiche della classe e a disporre di contenuti e metodi utili per consolidare i messaggi di prevenzione precedentemente presentati dai peer.

Ai docenti coinvolti nei progetti di *peer education* è stato richiesto di lavorare con i ragazzi in maniera collaborativa, rispettando la centralità del loro ruolo; non calando dall'alto idee e suggerimenti e non influenzando le decisioni dei peer; attivandosi, il più possibile, per rendere fattibili gli interventi di sensibilizzazione pensati dai promotori di salute; e infine collaborando tra di loro superando la propria "specializzazione".

Fase 4°. Formazione dei peer

Il percorso di formazione dei peer educator è stato articolato in tre fasi fondamentali.

La prima fase, dedicata alla conoscenza tra i partecipanti e alla creazione delle dinamiche di gruppo necessarie agli obiettivi del progetto, sono state privilegiate quelle attività didattiche che favorivano la reciproca conoscenza e la coesione del gruppo, la condivisione degli obiettivi del progetto, la definizione del "patto formativo di gruppo".

Una seconda fase, dedicata all'autoformazione e alla formazione sui temi del progetto, è stata svolta da personale sanitario specializzato (infettivologo, ginecologo, operatori dei consultori, ecc.), ponendosi anche l'obiettivo di creare maggiore contatto tra peer e servizi del territorio.

Una terza fase è stata riservata alla progettazione e preparazione dell'intervento tra pari principalmente attraverso due modalità: la proposta di alcuni strumenti da parte dei formatori e la ricerca e progettazione autonoma da parte dei peer. In questa fase il confronto tra pari sulle diverse tipologie di intervento ha permesso ai peer di individuare contenuti, attività, messaggi, strumenti didattici di supporto (video, pieghevoli, cartelloni, fumetti, giochi di ruolo, ecc...) utili per la realizzazione del loro intervento tra pari.

La formazione sembra aver risposto in modo abbastanza efficace ad entrambe le richieste di formazione, sia specifica sul tema delle malattie sessualmente trasmissibili, sia per quanto riguarda il contributo offerto in termini di sviluppo delle competenze relazionali.

In generale tutti i ragazzi hanno concordato sul fatto di avere ricevuto numerose informazioni che prima non avevano, di avere imparato cose nuove ed anche di aver ricevuto degli strumenti efficaci per comunicarli: *"Essere un peer educator vuole dire essere qualcuno che ha imparato sì delle cose, ma anche aver imparato a dirlo agli altri, e sapere che potrai affrontare anche altri argomenti, saprai esprimerti in modo corretto anche con le altre persone"*.

Il progetto nazionale un totale di 7-8 incontri: in realtà l'articolazione è stata diversificata, anche in base al fatto che i peer fossero alla loro prima esperienza o fossero peer senior: si passa così dai 4 incontri (8 ore) agli 11 incontri (22 ore).

I Corsi sono stati condotti mediamente da **operatori dell'ULSS o da un consulente esterno** (Educatore, Psicologo, assistente sanitario), il cui **ruolo** è stato quello di aiutare il gruppo a far emergere i propri bisogni formativi sull'argomento del progetto e le capacità sociali, relazionali, progettuali dei peer educator. Durante i Corsi, quasi tutti tenuti in orario extrascolastico, l'operatore è divenuto per i ragazzi una "forte" figura di riferimento, assumendo una riconosciuta funzione di guida e di supporto.

Il **divario di età** tra il conduttore e i promotori di salute non ha generato particolari difficoltà, essendo stato sempre vissuto dai ragazzi come un adulto significativo, a cui far riferimento ma che nello stesso tempo si poneva al loro fianco, senza fantasie di addestrarli o educarli.

Az. ULSS 4 Alto Vicentino: al Liceo sociale “Martini” di Schio, un corso strutturato in 1 giornata di 8 ore e tre pomeriggi di due ore e mezza ciascuno, per un totale di 15 ore (4 in orario scolastico e 12 extrascolastico), a cui hanno partecipato, concludendo il percorso formativo, 20 studenti. Il formatore è stato la dr.ssa L. Albanese, psicologa.

Az. ULSS 9 Treviso: all'IPSSAR “Alberini” di Treviso, un corso per peer senior strutturato in 5 incontri (10 ore: 6 in orario scolastico e 4 extrascolastico), a cui hanno partecipato, concludendo il percorso formativo, 15 studenti. I formatori sono stati F. Allegri, assistente sanitaria, S. Milani, assistente sanitaria, N. Rigon docente. All'ITAS “Mazzini” di Treviso, un corso per peer senior strutturato in 4 incontri (8 ore in orario scolastico), a cui hanno partecipato, concludendo il percorso formativo, 21 studenti. I formatori sono stati F. Allegri, assistente sanitaria SEPS, M.C. Scattolin, infermiera professionale, V. Tonon, docente.

Az. ULSS 13 Mirano (Venezia): al Liceo “Majorana Corner” di Mirano: un corso strutturato in 9 incontri (18 ore, tutte in orario extrascolastico), a cui hanno partecipato, concludendo il percorso formativo, 21 studenti. I formatori sono stati S. Michelini, psicologa, D. Campi, medico, L. Bernardi, psicologa. All'ITGCS “8 Marzo” di Mirano: un corso strutturato in 11 incontri (22 ore, tutte in orario extrascolastico), a cui hanno partecipato, concludendo il percorso formativo, 18 studenti. I formatori sono stati M.B. Roncarati, educatrice, M. Romanato, assistente sanitaria.

Fase 5°. Progettazione e realizzazione intervento tra pari

Durante l'intervento tra pari l'assenza degli adulti è stata indispensabile per consentire un rapporto diretto, meno mediato, libero da condizionamenti e più spontaneo tra i “pari”. L'intervento proposto in questo progetto rispecchia un modello classico di peer education: ossia i peer incontrano i propri pari in classe con la finalità di promuovere un momento di confronto del tutto libero, che permette loro di sperimentare tecniche di animazione e di gestire e affrontare il dibattito sui temi scelti.

E' stato attuato un incontro tra pari di due ore per classe, prevalentemente nelle classi seconde superiori.

A tale intervento faceva poi seguito un incontro di approfondimento gestito da operatori esperti dell'ULSS e/o un rinforzo da parte dei docenti delle diverse materie (soprattutto materie letterari e scientifiche). Pur essendo i peer i veri protagonisti dell'azione, nel corso degli interventi si è rafforzata l'idea del ruolo indispensabile sostenuto dagli adulti (conduttori, insegnanti), che avevano l'arduo compito, attraverso la loro professionalità, di sostenere, accompagnare, facilitare, lo sviluppo delle iniziative tra pari.

Nel corso dell'anno scolastico 2011/12 sono stati effettuati i seguenti interventi:

Az. ULSS 4 Alto Vicentino: al Liceo sociale “Martini” di Schio, 5 classi seconde (99 studenti) e 5 classi terze (113 studenti)

Az. ULSS 9 Treviso: all'IPSSAR “M. Alberini” di Treviso, 9 classi terze (225 studenti); all'ITAS “G. Mazzini” di Treviso, una classe terza (18 studenti); all'ISS “F. Besta” di Treviso, 3 classi terze (75 studenti); all'ITIS Fermi di Treviso, 5 classi terze (125 studenti).

Az. ULSS 13 Mirano (Venezia): al Liceo “Majorana Corner” di Mirano, 13 classi seconde (337 studenti); all'ITSCG “8 marzo” di Mirano, 8 classi (168 studenti).

In totale sono state coinvolte 49 classi, per un totale di 1.160 studenti.

Fase 6°. Valutazione

Per rendere completo il progetto di sperimentazione di questo modello di peer education applicato alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili si è deciso di elaborare un piano di valutazione che seguisse il progetto lungo tutto il suo percorso.

Il piano di valutazione è stato quindi articolato su due livelli:

1. Una *valutazione di processo* attraverso cui monitorare le attività svolte da tutti i soggetti coinvolti, nella parte di preparazione e di svolgimento degli interventi previsti dal progetto.

In particolare si è scelto di lavorare con i conduttori dei gruppi di peer, i peer stessi e gli insegnanti, chiedendo loro di compilare degli appositi moduli, all'interno dei quali descrivere il lavoro svolto nelle loro rispettive parti, evidenziando elementi positivi ed elementi critici.

L'obiettivo di questa parte di valutazione è stato quello di “tenere traccia” e valutare l'effettivo svolgimento del progetto, rilevandone gli elementi comuni di forza e di debolezza, con la possibilità anche di evidenziare eventuali differenze nelle pratiche sviluppate nei diversi contesti, al fine di elaborare un modello unico più dettagliato da riproporre nel futuro.

Una particolare attenzione è stata dedicata al lavoro effettuato dai ragazzi, a cui è stato chiesto di descrivere il proprio progetto, di tenere un diario degli incontri fatti nelle classi ed infine di provare a valutare, sulla base delle esperienze raccolte, eventuali cambiamenti che potrebbero migliorare l'intervento proposto.

2. Una *valutazione dei possibili effetti* dell'intervento, attraverso la somministrazione di due questionari (pre e post intervento). Ovviamente non sono mancate, nella preparazione del questionario, ampie riflessioni rispetto alla scelta dello strumento appropriato per valutare questo elemento.

Un questionario, per quanto possa essere dettagliato ed articolato, non può non avere il limite di essere in grado di rilevare solo le conoscenze dei ragazzi ed eventualmente alcuni “atteggiamenti” o “intenzioni di comportamento”, mentre è uno strumento inadeguato se si tratta di verificare quelli che sono gli effettivi comportamenti delle persone.

Si è scelto quindi di elaborare un questionario che fosse concentrato su questi due aspetti e che raccogliesse informazioni circa le conoscenze dei ragazzi non solo rispetto ad alcuni temi legati in generale alle infezioni sessualmente trasmissibili, ma anche rispetto alla loro conoscenza (ed eventuale utilizzo) dei consultori e di altri servizi pubblici.

I due questionari – pre e post – sono stati predisposti in modo da essere assolutamente identici nella struttura e nella formulazione delle domande, così da poter essere confrontabili. All'interno del solo questionario post sono state inserite, alla fine, alcune domande che si ponevano l'obiettivo di valutare il gradimento dell'intervento e il desiderio di approfondire l'argomento trattato in futuro.

Sono inoltre stati effettuati nel mese di maggio, da parte della dr.ssa M. Dotti di Eclectica due Focus group per peer (a Treviso e Mirano) e un focus group a Mirano con i docenti coinvolti nell'iniziativa.

Alcune riflessioni conclusive

Se lavorare in rete è un “valore aggiunto”, l'esperienza di due anni di lavoro sperimentata dagli operatori delle tre ULSS coinvolte è stata certamente faticosa, ma anche molto ricca di conoscenze, relazioni, risultati, gratificazioni.

I risultati sono stati molti: dalla condivisione delle metodologie alla realizzazione di momenti formativi, dalla conduzione dei progetti alla valutazione. Far parte, inoltre, di un progetto nazionale ci ha aiutato ad orientarci meglio nel mondo non sempre ben definito della “promozione della salute”, in particolare quando viene utilizzato un strumento raffinato, ma anche molto complesso come quello della peer education, al punto da poter cominciare a parlare di un “modello italiano” di promozione degli stili di vita sani tra gli adolescenti che ci permetterà di lavorare efficacemente anche nei prossimi anni.

E' anche possibile che tale esperienza, che sta continuando nelle tre ULSS che l'hanno sperimentata, possa essere allargata ad altre Aziende, diventando così patrimonio comune e condiviso della Regione Veneto.

5.4 Giornata Inter-Peer: peer, docenti ed operatori a confronto. Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute. Villa Cà Dotta di Sarcedo-VI, 1 giugno 2013.

Francesca Allegri, Francesco Bettiol, Giorgio Dal Santo, Fabrizio Guaita, Annarosa Pettenò, Fabrizia Polo, Beatrice Roncarati, Giuliano Silvestri, Enzo Storti, Matilde Tomasi

Dialogo tra operatori

“Sono ormai anni che lavoriamo con la peer education a scuola. Per fortuna riusciamo ad incontrarci per scambiarci un po' di esperienze, gratificazioni e... anche fatiche”

“E' vero. I progetti sono uguali o simili e a volte basta potersi confrontare per scoprire che alle domande e perplessità di uno qualcun altro ha una soluzione. Dovremo farlo più spesso”

“E perché allora non allargare questa esperienza ai ragazzi? O con dei momenti di interscambio o con un momento in cui farli incontrare. Che ne dite?”

“Perché no? proviamo a lavorare sull'idea, trasformarla in un piccolo progetto e chiedere in Regione se è possibile realizzarla? Gli spazi belli ci sono dove andare e i costi sono proprio pochi...”

E così, alcuni mesi fa, nelle fredde e piovose giornate di fine inverno, è nata l'idea di sperimentare, in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco, una giornata tra peer e con i peer.

Di cosa si tratta

L'incontro nasce dalla considerazione che da oltre un decennio la peer education è entrata nella “cassetta degli attrezzi” degli operatori socio-sanitari veneti che operano nel campo della promozione ed educazione della salute. Utilizzata inizialmente in Veneto nell'ambito della prevenzione dell'iniziazione al fumo di tabacco, è stata estesa anche ad altri ambiti di salute (prevenzione delle MTS/HIV, promozione di una corretta alimentazione, prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, compreso l'alcol...). A partire da un'iniziale metodologia condivisa, progetto regionale *Sfumiamo i dubbi*, si sono successivamente innestate modalità innovative, con la costruzione di percorsi originali e di strumenti creati ad hoc.

A fronte di queste considerazioni si è ritenuto utile proporre un percorso, a livello regionale, che potesse permettere di conoscersi, far incontrare e confrontare non solo gli adulti, operatori e docenti, ma anche - e soprattutto - i Peer Educators, veri protagonisti di queste esperienze. Recuperare lo scambio e la soggettività dei ragazzi al fine di offrire utili indicazioni sia su *dove* siamo arrivati sia su *verso* dove andare.

In questa ottica, la finalità della giornata è stata quella di offrire ai peer un ulteriore momento formativo, a completamento del percorso già svolto a livello locale, e una prima iniziativa sperimentale di formazione di II° livello per quanti sono impegnati nella peer education.

La Regione del Veneto, con le Aziende ULSS che hanno aderito all'iniziativa: 4 Alto Vicentino, 5 Ovest Vicentino, 9 Treviso e 13 Mirano, ha seguito la parte organizzativa dell'evento, che fa capo al Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate (PRP) - Area 1 "Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola", con Referenti scientifici il Dr. Luca Gino Sbrogiò - Azienda ULSS 14 Chioggia e la dr.ssa Fabrizia Polo - Azienda ULSS 4 Alto Vicentino, al cui interno trova collocazione il progetto regionale *Sfumiamo i dubbi*.

Così il giorno 1 giugno 2013 quasi sessanta peer provenienti da alcuni istituti scolastici dei territori delle quattro Aziende ULSS coinvolte si sono incontrati dalle 10.00 alle 16.00 presso i laboratori multimediali di Ca' Dotta per scambiarsi e confrontarsi tra esperienze diverse di peer education, al fine di rinforzare la consapevolezza di cosa significa essere peer nella scuola e nella vita e per definire insieme l'identikit del peer. Alla giornata hanno inoltre partecipato in forma attiva anche una quindicina di docenti ed operatori delle Aziende ULSS coinvolte.

Il luogo dell'incontro, il Centro didattico multimediale per la promozione di stili di vita sani presso Villa Cà Dotta, gestito dall'Az. ULSS 4 Alto Vicentino in collaborazione con la Regione del Veneto e il Comune di Sarcedo (VI), è stato scelto per l'importante e riconosciuto ruolo che ricopre a livello regionale quale luogo dedicato alla prevenzione e alla promozione della salute, a servizio delle nuove generazioni.

Cosa si è fatto

La mattina, favorita anche da una giornata finalmente senza pioggia e con il sole, dopo i saluti del sindaco di Sarcedo, del direttore sanitario dell'ULSS 4 e della dr.ssa Francesca Russo, dirigente del Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica della Regione del Veneto e dopo la premiazione della classe vincitrice a livello regionale del Concorso Smoke Free Class, i peer hanno lavorato in piccoli gruppi su quanto hanno potuto sperimentare nella loro attività a scuola. Sono state pertanto offerte loro le seguenti tracce "Chi sono?: cosa ha significato essere un peer per te; un peer cos'è" e "Come è andata?: una possibile valutazione dell'esperienza". Obiettivo: tracciare un'identikit del Peer Educator.

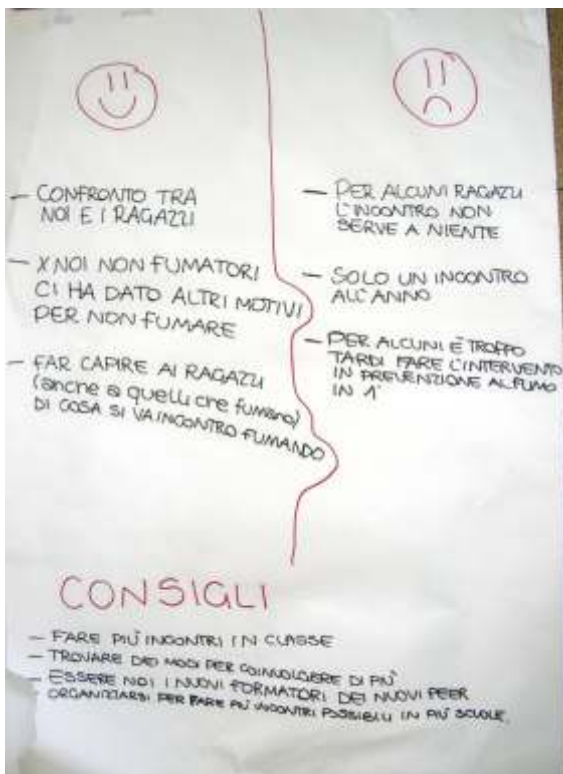
I gruppi sono stati formati cercando il più possibile di mescolare ragazzi di diverse provenienze, fatto che certamente non ha influito sul lavoro e sullo scambio, ma anzi ha ulteriormente arricchito il lavoro della giornata. A loro disposizione avevano spazi, lavagne a fogli, PC, una videocamera, un collegamento Internet (anche per poter accedere ad un gruppo dedicato di Facebook "Peer educator in Veneto", pensato come un luogo di incontro e di scambio di esperienze tra peer, luogo dove scambiarsi gli strumenti utilizzati, trovare idee e fare proposte).



Per oltre due ore la discussione in tutti i gruppi è stata vivace, auto-gestita senza la presenza di alcun adulto e ha prodotto una serie di materiali (poster e una video-intervista) che nel pomeriggio sono stati presentati nell'incontro plenario a cui hanno partecipato anche gli adulti (docenti e operatori).

Come è andata (i risultati dei gruppi e la discussione)

I quattro gruppi hanno presentato l'elaborato dei loro lavori, dai quali è emerso l'elevata gratificazione ottenuta e il forte coinvolgimento che il ruolo di peer attiva nei ragazzi. Come esempio si riportano alcuni dei materiali prodotti.





Al termine dell'illustrazione dei lavori di gruppo, l'ultima parte della giornata è stata dedicata a ragionare sul "domani": "adesso come possiamo far tesoro di questa esperienza? a scuola, nel nostro gruppo di amici, con altri peer". La discussione, a cui hanno partecipato molti ragazzi e docenti, ha permesso di elaborare possibili tracce di lavoro: dall'attuazione di eventi a scuola, in occasione di particolari argomenti importanti per i ragazzi (giornata della donna, giornata di lotta all'AIDS,...) alla possibilità di essere coinvolti, come peer senior, nella formazione di nuovi peer. In conclusione ... giornata promossa a pieni voti da riproporre.

Si ringraziano per la partecipazione ed il buon esito della giornata tutti i partecipanti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E PROSPETTIVE FUTURE

Luca Sbrogiò

A distanza di 10 anni dalla prima sperimentazione di *Sfumiamo i dubbi* si è ritenuto importante fare un bilancio dell'esperienza maturata per valorizzare il patrimonio di competenze e conoscenze acquisite negli anni e porle al servizio di quanti, operatori, docenti e studenti individuano nella *peer education* uno strumento efficace per la promozione della salute a scuola, ma anche per andare oltre l'ambito iniziale di applicazione di *Sfumiamo i dubbi* qual è la prevenzione del tabagismo.

I punti di partenza che hanno stimolato il processo messo in atto, che trova espressione nel presente manuale, sono stati:

- ogni anno una media di 9 Az.ULSS venete promuovono *Sfumiamo i dubbi* nelle scuole del proprio territorio con il coinvolgimento di centinaia di peer e di classi di istituti secondari di II° grado di diversa tipologia.
Questo dato è noto grazie al monitoraggio annuale a livello regionale della copertura dei progetti regionali nell'ambito della prevenzione del tabagismo e della promozione della salute a scuola nei territori delle singole Az.ULSS venete;
- la pluriennale esperienza acquisita da operatori, docenti e peer, se condivisa, può essere un importante stimolo di crescita e sviluppo per l'intero sistema veneto della prevenzione del tabagismo e della promozione della salute a scuola;
- la costante richiesta da parte di Az.ULSS che non hanno ancora adottato *Sfumiamo i dubbi* di conoscerlo ed essere opportunamente formati per poterlo proporre anche alle scuole del proprio territorio;
- la sfida posta dal Programma *Guadagnare Salute* che invita ad operare andando oltre i singoli comportamenti a rischio, a guardare alla persona, in questo caso il giovane, nella sua interezza e complessità e nel contesto di vita. *Guadagnare Salute* invita, quindi, ad andare oltre gli interventi di prevenzione mono-rischio, ad es. fumo di tabacco, per allargarli ad altri comportamenti dannosi per la salute, come può essere il consumo di bevande alcoliche o la trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili, che rivestono, per il target giovani considerato, aspetti di estrema rilevanza ed urgenza che necessitano quanto prima di una riflessione ed una risposta intersettoriale;
- il crescente interesse da parte di entrambe le istituzioni, Regione del Veneto e Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto (USR), verso una efficace collaborazione ed integrazione attorno ai grandi temi della promozione della salute nei percorsi curricolari.

Sfumiamo i dubbi ed oltre

A partire da queste considerazioni iniziali da fine 2012 al primo semestre del 2013 sono state svolte alcune azioni finalizzate a rafforzare la progettualità specifica di *Sfumiamo i dubbi* quale progetto regionale di prevenzione del fumo di tabacco basato sul modello della *peer education* e rivolto alle scuole secondarie di II° grado. Nel contempo l'obiettivo è stato quello di tentare di andare oltre, sia nei contenuti, ampliando il campo di interesse ad altre problematiche (alcol, alimentazione, malattie sessualmente trasmissibili, ecc.), sia andando a creare occasioni e connessioni con l'istituzione scolastica per sviluppare l'integrazione e un rinforzo reciproco nel raggiungere gli obiettivi condivisi di salute.

1. SWOT analisi sul progetto *Sfumiamo i dubbi*

Il primo passo è stato realizzare una SWOT analisi del progetto, incrociata con le SWOT analisi di altri due progetti regionali di prevenzione del tabagismo a scuola consolidati quali *Insider* e *Smoke Free Class Competition*. Alla SWOT analisi sul progetto *Sfumiamo i dubbi* hanno partecipato 10 operatori provenienti dalle Az.ULSS: 3 Bassano, 5 Ovest Vicentino, 9 Treviso, 10 San Donà, 13 Mirano, 16 Padova e 20 Verona. Dall'analisi e incrocio dei punti di forza e di debolezza intrinseci al progetto con le opportunità ed i pericoli esterni allo stesso propri del contesto e di macro-processi, sono emerse le seguenti raccomandazioni atte a contrastare i punti deboli ed i pericoli rilevati.

Dalla SWOT analisi su *Sfumiamo i dubbi* sono emerse le seguenti raccomandazioni circa l'importanza di:

- sensibilizzare e motivare il contesto scolastico (personale docente, non docente e genitori) alla peer education, anche grazie all'intervento diretto dei peer;
- creare e curare una rete tra quanti, operatori e docenti, sono impegnati nel progetto anche con il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico territoriale;
- reclutare peer non fumatori per garantire una maggiore efficacia del progetto.

Dalle raccomandazioni emerse dalle SWOT analisi degli altri due progetti regionali sono state sintetizzate le seguenti raccomandazioni trasversali che possono essere applicate anche da chi utilizza o vuol utilizzare il progetto *Sfumiamo i dubbi*:

- presentare e rivedere i progetti regionali sul tabagismo secondo l'obiettivo "Scuola che promuove la salute" e l'ottica di Guadagnare Salute, in cui si propone scuola libera dal fumo, dove i progetti diventano strumenti per raggiungere una scuola libera dal fumo;
- sviluppare la rete sia intra che extra aziendale (Az.ULSS) per una nuova co-programmazione;
- promuovere una co-progettazione tra scuola/sanità/associazioni del territorio, es. creazione nella scuola di un tavolo specifico, necessario ed importante per un coordinamento, per integrare le risorse e per avere un feedback e un monitoraggio delle azioni svolte;
- dare visibilità ai progetti e all'impegno della scuola nella promozione di una cultura della salute
- creare una cabina di regia a livello regionale e locale, tra e nelle Az.ULSS, sulla promozione ed educazione alla salute (Guadagnare Salute).

2. Formazione

Tenendo conto delle raccomandazioni emerse e sentito il parere dei referenti aziendali tabagismo e referenti locali della prevenzione del tabagismo a scuola, si è programmato e realizzato il corso di formazione *Peer education: uno strumento efficace per la promozione della salute* organizzato congiuntamente dalla Regione del Veneto, con le Az.ULSS capofila 14 Chioggia e 19 Adria, e dall'USR del Veneto, rivolto a professionisti della prevenzione delle Aziende ULSS della Regione del Veneto ed a operatori della scuola. Si è trattato di un'azione congiunta fra scuola e sanità che si è proposta di fornire un aggiornamento scientifico e teorico sulla peer education, metodo di provata efficacia nell'incrementare l'empowerment e le competenze chiave utili per promuovere scelte di vita sane e contrastare comportamenti a rischio degli adolescenti.

Inoltre, sono state poste le basi teoriche su un argomento indicato quale il futuro della peer education che è la *media education*. La media education favorisce una comunicazione immediata, garantisce un maggior protagonismo giovanile e una maggiore contaminazione tra pari (oltre lo spazio fisico, la relazione educativa on line) e nel contempo un avvicinamento generazionale. Essa rappresenta la sfida educativa del futuro e con essa quella della peer education. Nel CD allegato è possibile trovare approfondimenti teorici e bibliografia consigliata.

Prospettive future

A partire da queste considerazioni possiamo immaginare scenari di miglioramento di *Sfumiamo i dubbi* e di sviluppo della peer education in Veneto quale strategia educativa ampiamente riconosciuta e valorizzata per la promozione della salute.

Il futuro, ancor più del presente, deve guardare alla peer education come una metodologia nella quale gli adulti coinvolti lavorano fianco a fianco con i ragazzi, condividendo l'obiettivo di salute, rispettando la centralità del loro ruolo, senza imporre le proprie idee o influenzare le decisioni dei peer. L'adulto, operatore o docente, deve attivarsi, il più possibile, per rendere fattibili gli interventi di sensibilizzazione pensati dai peer, collaborando tra di loro e superando la propria "specializzazione".

Gli insegnanti hanno un ruolo fondamentale all'interno della scuola sia come coordinatore/referente, quale ponte fra i bisogni dei pari e quelli della scuola, sia come insegnanti di supporto all'azione dei peer, dentro le classi, riprendendo gli argomenti trattati dai peer, come nell'istituto, lavorando per creare un ambiente che favorisca le scelte salutari (es. regolamento che estende il divieto di fumare anche nei cortili e spazi esterni all'edificio scolastico).

Le nuove frontiere nascono anche dalla ricerca e dal confronto con buone pratiche di peer education applicate ad altri ambiti di salute, oltre il fumo di tabacco, quale, ad esempio, il progetto nazionale CCM "Guadagnare Salute in adolescenza" affidato alla Regione Piemonte (v. paragrafo 5.3) e con l'utilizzo di nuove pratiche educative e didattiche qual è la Media Education.

Infine, il futuro della peer education in Veneto acquista ulteriore senso e significato all'interno della strategia regionale globale di prevenzione delle patologie fumo-correlate che la Regione del Veneto ha sviluppato da oltre vent'anni, preso atto che strategie globali di prevenzione e controllo del tabacco adottate in altri Paesi hanno dimostrato di ridurre sostanzialmente il consumo di tabacco (v. cap. 1).

Questo impegno inizia a portare i primi frutti; secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI 2012 (v. paragrafo 1.2) il Veneto è la regione italiana con la concentrazione più bassa di fumatori (23,5%), registrando nel contempo un rilevante abbassamento dei fumatori nella fascia 18-24enni che è passata dal 38,9% del 2007 al 28,6% del 2012. Il dato è confermato anche dall'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) condotta dall'OMS dalla quale emerge che il campione veneto di 15enni intervistati è passato dal 21,4% di fumatori nel 2002 al 16% registrato nel 2010.

I dati confermano l'efficacia degli interventi condotti con tanto impegno dagli operatori sanitari e scolastici del Veneto in un'ottica di protagonismo giovanile, indispensabili presupposti nel sostenere la volontà di continuare a lavorare per costruire un mondo libero dal fumo. Un ringraziamento va tributato a quanti hanno contribuito alla realizzazione del presente volume, compendio metodologico e di esperienze che intende permettere un rapido ma solido approccio al tema, e ad ogni lettore per il contributo che potrà dare nella promozione di stili di vita sani.

ELENCO AUTORI

Laura Beltrame: Psicologa Psicoterapeuta consulente - Azienda ULSS 19 Adria (Rovigo)

Monica Cibir: Dietista Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - Azienda ULSS 19 Adria (Rovigo)

Martina Di Pieri: Psicologa Psicoterapeuta consulente Azienda ULSS 19 Adria, coordinamento operativo presso Regione del Veneto - Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (Venezia)

Fabrizio Guaita: Medico Psicoterapeuta, Direttore U.O.C. SEPS - Servizio Educazione e Promozione della Salute - Dipartimento di Prevenzione - Azienda ULSS 13 Mirano (Venezia)

Alessandro Mantovani: Dirigente Psicologo Psicoterapeuta Dipartimento per le Dipendenze Azienda ULSS 19 Adria (Rovigo)

Federica Michieletto: Statistico, Funzionario Regione del Veneto - Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (Venezia)

Alberto Pellai: Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche - Università degli Studi di Milano (Milano)

Alberto Perra: Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Centro Nazionale Epidemiologia - Istituto Superiore di Sanità (Roma)

Annarosa Pettenò: Psicologa Psicoterapeuta consulente Azienda ULSS 1 Belluno, coordinamento operativo presso Regione del Veneto - Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (Venezia)

Michela Possamai: Dirigente Scolastico, referente per la promozione della salute Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto (Venezia), Docente IUSVE Corso di Laurea in Psicologia Educativa e Clinica

Francesca Russo: Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Regione del Veneto - Direzione Prevenzione - Dirigente Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (Venezia)

Luca Sbrogiò: Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Direttore Sanitario Azienda ULSS 14 Chioggia (Venezia), Referente Scientifico Progetto "Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola"

Laura Tagliapietra: Statistico presso Regione del Veneto - Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (Venezia)

Mary Elizabeth Tamang: Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dirigente Medico Presidio Ospedaliero Azienda ULSS 15 Alta Padovana (Padova), Referente Europea International Network of Women Against Tobacco (INWAT)

NOTE:

CD ROM - ISTRUZIONI PER L'USO

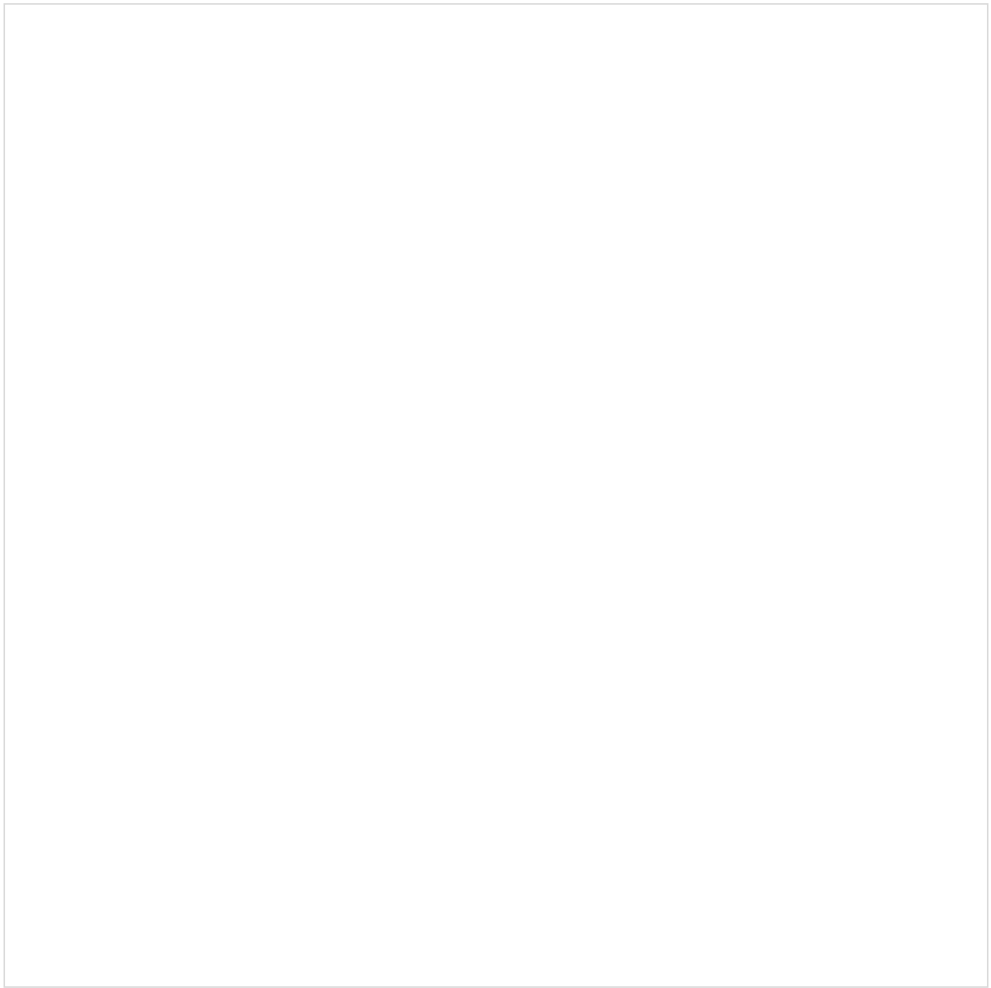
Nel cd rom allegato al manuale “*Sfumiamo i dubbi* - Percorsi operativi di peer education a scuola” potete trovare i seguenti contenuti:

- il manuale in formato pdf
- le 10 fasi di realizzazione del progetto *Sfumiamo i dubbi* con i materiali utili (schede operative, diari, questionari, fac-simili di lettere, ecc.) per l'implementazione pratica del progetto scaricabili in formato word e personalizzabili. L'indice delle fasi e materiali è ipertestuale per permettere l'accesso rapido ai documenti riportati.
- i materiali didattici del corso di formazione “Peer education: uno strumento efficace di promozione della salute” svolto nei giorni 7-8 maggio e 5 giugno 2013.

La finalità del cd rom è quella di rendere disponibili i materiali di lavoro per effettuare in classe le attività previste dal progetto “*Sfumiamo i dubbi*” anche personalizzando le schede operative. Eventuali ulteriori informazioni possono essere richieste ai referenti progettuali delle Az. ULSS della Regione del Veneto o al *Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Direzione Prevenzione, Regione del Veneto*.

Tel. 041.2791352 - 041.2791746

E.mail: tabagismo@regione.veneto.it



**SFUMIAMO I DUBBI
PERCORSI OPERATIVI
DI PEER EDUCATION A SCUOLA**



MANUALE PER OPERATORI DELLA SANITÀ E DELLA SCUOLA

