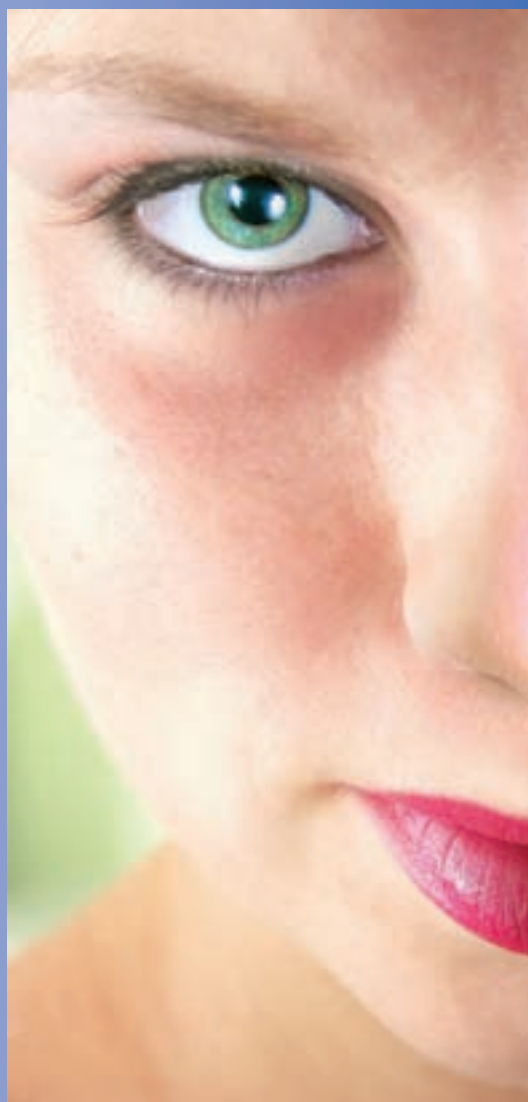


CONTRACCEZIONE SESSUALITA' SALUTE RIPRODUTTIVA

SOCIETA' MEDICA ITALIANA PER LA CONTRACCEZIONE

RIVISTA UFFICIALE

Volume 2 - Numero 2 - Ottobre 2008



SMIC



CONTRACCZIONE SESSUALITA' SALUTE RIPRODUTTIVA



SOCIETA' MEDICA ITALIANA PER LA CONTRACCZIONE

Volume 2 - Numero 2 - Ottobre 2008

Direttore Scientifico
Emilio Arisi

Comitato Editoriale

Antonio Chiantera
Claudio Cricelli
Valeria Dubini
Giovanni Fattorini
Manuela Lerda
Raffaella Michieli
Giovanni Monni
Maurizio Orlandella
Marina Toschi

Copyright © 2008



Via Gennari 81,
44042 Cento (Fe)
Tel. 051.904181/903368
Fax 051.903368
www.editeam.it
info@editeam.it

Progetto Grafico:
EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore. L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Autorizzazione Tribunale
Bologna n° 7771 del
24.07.2007

INDICE

EDITORIALE

L'adolescenza e l'impegno delle strutture
Emilio Arisi, Presidente SMIC **1**

L'adolescenza "orfana": handover ed obiettivi condivisi tra Pediatra di Famiglia, Medico di Medicina Generale e Consultorio Familiare
Salvatore Campo (Palermo) **2**

La violenza sessuale nell'adolescenza: come individuarla e come trattarla
Tiziano Motta, Chiara Scagnelli (Milano) **6**

Adolescenza e malattie a trasmissione sessuale
Franco Bagagli (Torino) **10**

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) in giovani in Italia
Maria Cristina Salfa, Vincenza Regine, Laura Camoni, Mariangela Raimondo, Massimo Giuliani, Barbara Suligoj ed i Responsabili dei Centri della Sorveglianza Nazionale IST (Roma) **13**

Educazione sessuale nelle scuole: peer education
Francesca Cappello (Monreale) **16**

Scuola ed educazione sessuale: gli interventi efficaci
Francesca Cappello (Monreale) **21**

Adolescenti in consultorio: uno spazio per l'informazione contraccettiva
Luisa Barbaro, Lucia Natoli (Messina), Antonella Debora Turchetto (Venezia) **24**

Contraccezione nelle teenager. Esperienza del consultorio aied di Genova
Carta Ernestina, Godani Albina (Genova) **27**

Primo Congresso Congiunto SMIC-SIC **30**

L'ADOLESCENZA E L'IMPEGNO DELLE STRUTTURE

EDITORIALE

Certamente il tema dell'adolescenza può essere declinato in vari modi. Ognuno suggestivo per l'operatore che vi si cimenti.

In questo secondo numero dedicato all'argomento vengono affrontati vari temi, sotto varie angolazioni. Viene affrontato il tema della violenza sessuale, tanto più riprovevole quando esercitata su minori, e tanto più riprovevole quando si comprende che essa viene soprattutto praticata in ambito familiare o di conoscenze molto strette.

Viene inoltre trattato anche l'impegno alla educazione sessuale, anticoncezionale e comportamentale in genere, con particolare attenzione alle malattie sessualmente trasmesse. Questo ruolo educativo può essere virtuosamente esercitato in una collaborazione tra consultori, medico di medicina generale, scuola, genitori e gli stessi adolescenti. Ma non è facile attivare questi circuiti positivi. A volte vi fanno ostacolo aspetti organizzativi, talora più semplicemente vi ostano aspetti sociali e culturali, come il disinteresse di istituzioni e professionisti.

Ancora più difficile e di lungo periodo è attivare esperienze di peer-education, in cui giovani adeguatamente formati siano portatori di informazioni e formazione verso i coetanei, pur con la supervisione di insegnanti, professionisti, genitori.

Peraltro, anche il medico di medicina generale andrebbe coinvolto in questi processi di attenzione, informazione, controllo, risultando essere un punto nodale del sistema sanitario, anche in termini di prevenzione, che pure va esercitata in

particolare verso le malattie sessualmente trasmesse e le gravidanze non desiderate. Purtroppo però talora i rapporti tra i vari pezzi del sistema non sono buoni, o per sovraccarico negli impegni, o per la diversità dei contratti, o per la diversa collocazione sul territorio che certo non facilita gli scambi, talora semplicemente per disinteresse a rendere funzionali i rapporti. Può capitare così che consultorio, medico di medicina generale, ospedali, scuole, genitori, adolescenti, non riescano a suonare quella sinfonia di intenti che sarebbe auspicabile.

La SMIC, con la sua azione che vede lavorare in modo coordinato medici di medicina generale, medici consultoriali, ginecologi ospedalieri, che sono la base trina dell'Associazione, spera di riuscire a sviluppare questo dialogo sull'adolescenza, e ad attivare nuovi e più proficui canali di impegno. Gli adolescenti sono il nostro futuro, e noi operatori sanitari non possiamo dimenticarlo né dimenticarli.

Incardinare questi bisogni e questi problemi è un compito arduo, ma occorre lavorarvi, se vogliamo aiutare a crescere persone responsabili, soprattutto verso la loro fertilità futura, anche attraverso una loro educazione complessiva.

Tale è il senso di questo secondo fascicolo dedicato alla adolescenza, una età della vita così ricca ed irruente, ma così fragile e professionalmente affascinante.

Emilio Arisi
Presidente SMIC

SMIC

L'ADOLESCENZA "ORFANA": *HANDOVER* ED OBIETTIVI CONDIVISI TRA PEDIATRA DI FAMIGLIA, MEDICO DI MEDICINA GENERALE E CONSULTORIO FAMILIARE

Salvatore Campo

MMG, SIMG Palermo

INTRODUZIONE E CONTESTO

L'adolescenza è una fase peculiare della vita dell'uomo caratterizzata da una moltitudine di eventi fisiologici e somato-psichici che, assieme a stimoli ambientali e ad interazioni di confronto intergenerazionale, concorrono nel delineare il profilo psichico e comportamentale del giovane.

All'adolescenza è, spesso, associato il concetto di "disagio", come se tale disagio fosse proprio dell'"essere adolescente". I comportamenti e gli atteggiamenti sono, il più delle volte, la risultante del turbinio di cambiamenti che consecutivamente portano il giovane a confrontarsi con il proprio Io, con i sodali della vita quotidiana, con la società e con l'habitat. In tal senso il "disagio" è "normalità".

Semmai, non è raro che il "disagio" sia la percezione della proiezione della personalità adolescenziale presso un'ambiente familiare e socio-sanitario non sufficientemente preparati alla comprensione dell'adolescente.

Nonostante tali considerazioni siano un patrimonio acquisito ai saperi di molti attori che concorrono nel prendersi cura del mondo adolescenziale-giovanile, in effetti gli interventi organici e istituzionalizzati sono spesso carenti.

Una di queste carenze macroscopiche riguarda il livello d'attenzione del SSN verso la continuità assistenziale nella presa in cura dell'adolescente, verso la qualità e la specificità degli interventi socio-sanitari destinato agli adolescenti.

L'ADOLESCENZA "ORFANA"

Una materia normativa assegna la presa in cura dell'adolescente al Pediatra di Famiglia (PdF) o al Medico di Medicina Generale (MMG), secondo *range* d'età definiti in ambito regolatorio e contrattuale. Entrambe le figure professionali assolvono il ruolo di soddisfare le esigenze della medicina territoriale generale che assicura, per mandato del SSN, l'assistenza a tutti i residenti nel territorio nazionale, cittadini e non.

Eppure PdF e MMG sono due esseri strani; si comportano come se si occupassero del benessere di soggetti diversi per natura (cura degli "umani" e cura dei "marziani"), non hanno punti di contatto e sono due realtà che, paradossalmente, sono state separate, ad oggi, da una specie di muro invisibile che ne ha impedito qualunque interazione simbolica o funzionale; eppure si "prendono cura" dello stesso cittadino che nel *continuum* del suo sentire individuale non ammette muri, né varchi angusti, né interruzioni.

C'è uno spazio temporale nel corso dell'adolescenza, che il più delle volte si identifica tra la cessazione dell'assistenza da parte del PdF e la presa in carico del MMG, in cui l'adolescente, di fatto, rimane "orfano" di assistenza, intesa come "ombrello" offerto da chi può esercitare un ruolo di *tutor* sanitario ma anche di punto di riferimento e di "adulto" di fiducia per il giovane; in alcuni casi, tra il licenziamento dal PdF e la scelta del MMG, la stessa regolarizzazione amministrativa avviene dopo mesi o anni.

Inoltre, la complessità e la specificità della materia, assieme alle caratteristiche del profilo psico-comportamentale dell'adolescente, hanno, spesso, portato ad un approccio incongruo sia sotto il profilo metodologico sia sotto quello clinico e psicologico da parte del PdF e del MMG.

La Legge 29 luglio 1975, n. 405 (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 27 agosto 1975, n. 227), ha istituito in Italia i Consultori Familiari per rispondere ai vari bisogni della famiglia, della donna, della coppia, dell'infanzia e dell'adolescenza. In effetti, pur essendo i destinatari le persone di ogni età, nella pratica quotidiana i Consultori sono stati frequentati prevalentemente da donne in età fertile per i bisogni legati alle patologie degli organi genitali, alla contraccezione e all'interruzione di gravidanza (Legge 22 maggio 1978, n. 194).

Nell'ambito dei Consultori sono stati predisposti "Progetti Adolescenti" con interventi nell'ambito della prevenzione, dell'orientamento, del recupero psico-sociale, ecc.

La Legge 28 agosto 1997, n. 285 (GU n. 207 del 5 settembre 1997), interviene con "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza.

Ma nonostante tutto questo, gli adolescenti e i giovani frequentano poco i Consultori Familiari, sia perché spesso non ne conoscono l'esistenza sia per la "diffidenza" verso strutture frequentate da adulti per problematiche inerenti quasi esclusivamente la sessualità; per questo il semplice accesso ai servizi potrebbe portare ad attribuire a loro, da parte di altri, problematiche della sessualità.

L'accesso libero, senza proposta del PdF e del MMG, al Consultorio se da una parte ne facilita la fruizione, d'altra parte non consente al PdF e al MMG un *feedback* da integrare con le loro conoscenze relative allo stato psico-fisico dell'adolescente.

La constatazione della non comunicazione e della estraneità formativa e culturale tra PdF e MMG vale anche per PdF-MMG-Consultori, ignorando le opportunità e i benefici che un rapporto di collaborazione e d'interazione funzionale potrebbe portare.

DA UNA VISIONE "MEDICO-CENTRICA" AD UNA "CITTADINO-CENTRICA"

Con schiettezza, dobbiamo riconoscere che, verosimilmente, questi comportamenti sono consequenziali ad una visione che pone al centro del sistema il medico e non il cittadino, con il risultato che

di fronte all'impegno di diverse figure professionali non si riesce a dare risposte adeguate.

Nell'ambito della adolescentologia, negli ultimi anni, si è registrato un aumento d'interesse da parte di diverse Società scientifiche e talvolta con tentativi di affermare ambiti esclusivi di competenza. L'adolescenza, nella sua interpretazione socio-sanitaria, non può che essere d'interesse multidisciplinare e si avverte, prepotente, la necessità di porre al centro della scena il cittadino-adolescente e non la Società scientifica di turno e gli associati che rappresenta. Questo tipo di visione porta ad una valutazione del sistema e delle problematiche adolescenziali prevedendo una facilitazione maieutica consistente nella distensione di una rete funzionale i cui punti nodali, costituiti dai diversi attori (Cittadino, Famiglia, Istituzioni, PdF, MMG, Consultori Familiari, Servizi Territoriali, Servizi Sociali, Scuola, Ospedali, ecc.), sappiano dialogare ed interagire tra loro.

E' un'esigenza importante per la comprensione e le possibili soluzioni di numerose problematiche e per una progettualità che veda l'adolescente soggetto e non oggetto di un obiettivo sanitario specifico.

La distensione di una rete funzionale e interagente deve passare dalla "facilitazione" dei rapporti tra i diversi "nodi" per assicurare un *continuum* alla gestione socio-sanitaria del cittadino nascita-neonato-bambino-adolescente-giovane-adulto-anziano-vecchio.

Tre di questi importanti "nodi" sono tenuti dalla Pediatria di Famiglia, dalla Medicina Generale del Territorio e dai Consultori Familiari.

Un momento di costruttivo dialogo è stato il workshop tenuto in occasione del XII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (Palermo 20-22 ottobre 2005) ed esitato con la condivisione di un documento d'intenti PdF-MMG.

DALL'INDIVIDUAZIONE DELLE PROBLEMATICHE ALLE POSSIBILI SOLUZIONI

Dall'analisi di sistema attuale derivano alcune osservazioni, considerazioni ed evidenze di carenze che devono essere motivo di confronto per poter pervenire a consequenziali iniziative operative.

1. La "transizione" dell'adolescente dal PdF al MMG avviene, esclusivamente, con metodica burocratica con l'apposizione di un timbro o con le variazioni dei dati elettronici del medico su una *card*.
2. Il PdF ed il MMG, pur prendendosi cura dello stesso individuo in una *consecutio* che non con-

templa pause né salti temporali, non hanno momenti formativi in comune.

3. Le competenze per *range* d'età delle due figure professionali privilegiano un sistema "medico-centrico".
4. Anche se previsto da norme contrattuali, le forme associative di lavoro PdF-MMG non sono frequentemente realizzate.
5. Dopo i 10-12 anni d'età, la morbilità generale si dirada e diminuiscono le occasioni di visite mediche; è possibile che sia il PdF sia il MMG "perdano di vista" l'adolescente e che questo ignori la possibilità di rivolgersi ai Consultori Familiari.
6. L'adolescenza è il periodo dei fermenti emotivi e dei timori. A volte condizioni o percezioni di presunte patologie da parte del giovane, in assenza di informazioni ed indirizzi corretti, possono scatenare ansie e angosce, spesso sproporzionate rispetto al reale peso clinico del presunto problema.
7. Ma l'adolescenza è anche l'età di reali condizioni di disagio, di comportamenti e dinamiche di gruppo che possono facilitare percorsi a rischio verso le dipendenze. E' l'età di inizio dei rapporti sessuali, con le problematiche relative alla sfera psichica, alla contraccezione e alla possibile esposizione alle malattie sessualmente trasmesse. Diverse patologie andrologiche e ginecologiche (varicocele, ovaio policistico, malformazioni, malattie genetiche, disturbi di identità di genere, ecc.) si manifestano clinicamente proprio in tale periodo della vita e quindi una loro diagnosi precoce è determinante per la prevenzione di alterazioni organiche, funzionali e psichiche che, se non affrontate precocemente, possono divenire irreversibili e condizionare il benessere presente e futuro del giovane.
8. Il PdF e il MMG possono avvertire il "disagio" nell'instaurare un rapporto con l'adolescente, per una loro incompetenza, presunta o reale, nei confronti di esigenze relazionali o diagnostiche. Tale posizione può portare, spesso, a trascurare i problemi o a privilegiare l'istituto della delega che non sembra privilegiare i Consultori Familiari, quali strutture specialistiche e specifiche del territorio.

Questo sistema attuale ha ottime motivazioni per essere rivisto, con la creazione di percorsi razionali ispirati da un *processing* di sistema "cittadino-centrico". Tale superamento delle criticità odier-

ne può portare sia alla continuità di presa in cura dell'adolescente sia ad una maggiore qualità delle prestazioni sanitarie e d'accompagnamento evolutivo del giovane e deve poter prevedere:

- a) La traslazione, su supporto cartaceo o preferibilmente informatico, dei dati fisio-patologici significativi che hanno caratterizzato l'esistenza dell'adolescente sino a quel momento.
- b) Un'interazione operativa PdF e MMG riguardo il soddisfacimento dei bisogni formativi per quelle fasce d'età e per quegli ambiti in cui è previsto un'*overlap* tra le due figure professionali; il percorso educativo continuo può essere contestuale e condiviso e qualche esperienza già portata a termine ne testimonia la validità.
- c) Indipendentemente dalle prospettive future riservate alle forme associative complesse, oggi è possibile, con variabili dipendenti dalle diverse ASL e realtà regionali, una medicina associativa che preveda la coesistenza operativa del PdF e del MMG. La medicina associativa, ancor più se esercitata negli stessi ambienti, assicura una maggiore integrazione funzionale e culturale oltre che una più fisiologica gestione della "transizione" dell'adolescente dal PdF al MMG.
- d) La collaborazione attiva PdF-MMG-Consultorio Familiare, per pianificare percorsi di collaborazione per facilitare l'accesso ai Servizi, la presa in carico degli adolescenti e gli interventi a favore delle problematiche adolescenziali.
- e) La collaborazione con altri operatori sanitari e socio-sanitari e con questi favorire momenti d'incontro.
- f) La possibilità di attribuire un peso decisionale alla volontà dell'adolescente e della famiglia. Se è indubbio che il neonato e il piccolo bambino richiedono competenze specifiche, è altrettanto indubbio che nell'adolescente non possono essere poste rigide barriere di competenza per età, entrando in gioco componenti che afferiscono alle caratteristiche del medico ma anche a quelle del cittadino-adolescente (legame forte adolescente-pediatra, disagio dell'adolescente nell'essere accolto assieme ai "bambini" nello stesso contesto ambientale, percezione della transizione al MMG come indicatore di emancipazione, presenza di patologie attive, ecc.). Pertanto, consentire margini di libertà di scelta all'ado-

lescente e alla famiglia significa aver rispetto per esigenze e valutazioni che coinvolgono la sfera sanitaria ma anche quella psico-sociale.

- g) L'implementazione di una medicina d'opportunità e d'iniziativa, in una strategia operativa mirata ad attribuire al contatto significato di intervento preventivo.
- h) Il percorso educativo deve prevedere la formazione, oltre che per i contenuti scientifici, anche per la conoscenza della semeiologia e delle tecniche comunicative che possano agevolare, nell'attività professionale, la possibilità di riservare spazi d'intervento per il *counselling* e per l'"ascolto", con chiari messaggi sul rispetto della riservatezza, come strumenti di assistenza sanitaria e di embricazione empatica per conseguire la fiducia dell'adolescente; il ruolo stesso di "medico di famiglia" può venire in aiuto per più facili opportunità relazionali e per l'assunzione, nella figura fisica e simbolica del medico, di una emotività "super partes", distante da quel-

la affettiva intrafamiliare dalla quale il giovane, spesso, fugge.

CONCLUSIONI

L'individuazione di obiettivi che possono consentire un'ottimale *handover* dell'adolescente dal PdF al MMG e un dialogo attivo PdF-MMG-Consultorio Familiare è il presupposto per elaborare possibili risposte efficaci alle problematiche adolescenziali risolvibili, elaborando strategie operative finalizzate alla promozione della salute. Tali risposte per divenire cambiamento nella vita reale e nel nostro sistema socio-sanitario devono essere condivise, oltre che dalle Società scientifiche, dai Servizi territoriali e dai Sindacati di categoria, anche dagli organi di programmazione sanitaria in maniera che si possono tradurre in iniziative normative organiche che possano consentire al Pediatra di Famiglia, al Medico di Medicina Generale e al Consultorio Familiare, assieme ad altre istituzioni, di gestire, in maniera ottimale e per quanto di competenza, il periodo adolescenziale.

LA VIOLENZA SESSUALE NELL'ADOLESCENZA: COME INDIVIDUARLA E COME TRATTARLA

Tiziano Motta, Chiara Scagnelli

Prima Clinica Ostetrica e Ginecologica, Fondazione Ospedale Maggiore,
Policlinico Mangiagalli e Regina Elena IRCCS, Milano

EPIDEMIOLOGIA

Rilevazioni statunitensi mostrano che gli adolescenti presentano il più elevato tasso di abuso sessuale rispetto alla popolazione di qualsiasi altra età. In particolare, secondo dati del 2000 forniti dal Dipartimento della Giustizia degli Stati Uniti, la frequenza annuale di abuso sessuale (maschi e femmine) è stimata essere di 3,5 casi per ‰, nella fascia di età compresa tra 12-15 anni, 5,0‰ nella fascia 16-19 anni, 4,6‰ nella fascia 20-24 anni e 1,7‰ nella fascia 24-29 anni, con una significativa prevalenza di vittime di sesso femminile rispetto a quelle di sesso maschile (13,5/1). Inoltre, in più della metà dei casi (54%), sono comunque coinvolte donne con età inferiore a 25 anni (13). Secondo recenti valutazioni del National Crime Victimization Survey si stima che ogni anno negli U.S.A. siano sottoposti a violenza sessuale, rispettivamente, 300.000 donne e 93.000 uomini, di età superiore a 12 anni (16). In una ulteriore ricerca, condotta sempre nel 2000 dal Dipartimento di Giustizia in collaborazione con i *Centers for Disease Control and Prevention*, è emerso che il 14,8% delle donne sopra i 17 anni dichiarava di aver subito almeno uno stupro nel corso della vita, con un ulteriore 2,8% che riferiva di aver subito un tentativo di stupro. Nello 0,3% dei casi questo era avvenuto nell'ultimo anno. I dati italiani più recenti riportano 4.571 denunce per violenze sessuali nel corso del 2004, con un incremento del 27% rispetto ai dati pubblicati in precedenza e riferiti al 1997 (10), con un'ampia prevalenza di soggetti adolescenti coinvolti.

COME INDIVIDUARLA

Numerosi studi hanno evidenziato, analogamente a quanto già avviene in età pediatrica, che nel 65-75% dei casi gli abusi sono praticati da un parente o da un conoscente dell'adolescente (11). L'utilizzo consapevole o inconsapevole di sostanze alcoliche, farmaci (flunitrazepam, gamma idrossibutirrato, ketamina) o droghe da parte delle vittime e/o degli abusanti rappresenta un ulteriore fattore di incremento del rischio (17), e questo avviene in circa il 40% delle violenze (15). Inoltre, se l'adolescente è portatore di handicap il rischio di abuso risulta essere ancor più elevato. E' anche ampiamente descritto che la violenza sessuale rappresenta un significativo fattore di rischio per un'ampia gamma di disturbi psichiatrici e comportamentali (disturbi della personalità, disturbi dell'alimentazione, depressione, ansia, sindrome da stress post-traumatico, tentativi di suicidio, delinquenza, abuso di sostanze varie, ecc.) (6). Infine, le vittime da abuso sessuale sono ad elevato rischio di essere nuovamente sottoposte a violenza: una recente meta-analisi ha, infatti, rilevato che nel 15-79% dei soggetti abusati in giovane età la violenza si ripeteva nuovamente in età adulta (14).

COME TRATTARLA

Il medico che è coinvolto nella gestione di adolescenti vittima di violenza sessuale dovrebbe essere sufficientemente addestrato nel gestire al-

cune procedure forensi richieste per documentare e raccogliere reperti biologici, utili ai fini delle successive indagini giudiziarie, e soprattutto per conservarli adeguatamente (catena di custodia) (12). Nell'ultimo decennio sono state proposte da associazioni o Centri internazionali e nazionali che si occupano di violenza sessuale, numerose linee guida utilizzabili dal medico a diverso titolo coinvolto (3-5, 9). La necessità, la rapidità e le modalità della visita medica, che consiste in un esame generale e successivamente in un esame genitale, sono determinate dal genere di abuso sessuale, dalle circostanze e dall'intervallo trascorso dall'atto di abuso, unico o ripetuto, sospetto o chiaramente subito (Tab. 1).

Tabella 1

Temporizzazione delle procedure di valutazione e della visita medica.

ABUSO (unico episodio o ripetuto)
<p>Ultimo episodio entro 72 ore con/senza lesioni</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anamnesi immediata e visita medica ▶ Riscontri medico-legali ▶ Diagnosi di MST/Prevenzione di MST/Diagnosi di gravidanza/Contracezione
<p>Ultimo episodio settimane/mesi prima</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Visita al più presto possibile (dopo racconto della vittima e valutazione psico-sociale)
<p>Evitare il ripetersi di episodi traumatici (interviste e visite multiple)</p>

La posizione litotomica, comunemente utilizzata nell'adulto, è la più indicata per sottoporre a visita ginecologica l'adolescente vittima di abuso. Solitamente, dovrebbe essere evitata l'esplorazione vaginale, tuttavia nelle adolescenti sessualmente attive ed in coloro che riferiscono abbondanti perdite ematiche, lesioni vaginali, una penetrazione, questa dovrebbe essere sempre effettuata anche utilizzando una strumentazione appropriata (colposcopio). Utile è spesso l'uso di un cotton-fioc, inumidito in soluzione fisiologica, soprattutto per meglio evidenziare margini o comunque anomalie dell'imene. Rispetto all'imene prepubere, l'imene dell'adolescente è ispessito, elastico, ridondante, per i noti effetti estrogenici, e l'uso del cotton-fioc, diversamente da quanto avviene in età pre-pubere, non disturba minimamente l'esaminata (Fig. 1). Alternativamente, è suggerito l'uso di un catetere di Foley per distendere la membrana imenale estrogenizza-

ta così da facilitare la completa verifica di questa struttura anatomica. L'interpretazione di segni sui genitali delle giovani donne e delle adulte che possano ricondursi ad abuso sessuale sono da anni oggetto di studio, in particolar modo nei Paesi anglosassoni. I dati della letteratura unanimemente affermano che una piccola parte delle adolescenti vittime di violenza sessuale presenta lesioni genitali (7-40%) (2, 8) e solo circa l'1% di esse ha lesioni gravi, come lacerazioni vaginali, tali da richiedere un intervento chirurgico (Fig. 2). Purtroppo, la valutazione medico legale di queste lesioni è resa particolarmente difficoltosa da una scarsa conoscenza delle variazioni anatomiche indotte da un atto sessuale consenziente sui genitali, esaminati con procedure analoghe a quelle utilizzate nei casi di violenza sessuale (5). La probabilità di rilevare lesioni imenali o, comunque, genitali è strettamente correlata alla tempestività dell'intervento medico (entro 72 ore), ed è relativamente più frequente negli episodi in cui sono riferiti una perdita ematica e/o dolore conseguente alla penetrazione.



Figura 1: Margine imenale evidenziato mediante cotton fioc. Imene anulare con incisura a forma di "U" ad ore 3, che si estende non più del 50% dell'altezza del bordo imenale. Adolescente di 16 anni.



Figura 2: Imene semilunare con ampia incisura a forma di "U" ad ore 6-7 e lieve perdita di sostanza imenale. I margini sono arrotondati, dello stesso colore della mucosa circostante e denotano la natura non recente del trauma. Adolescente di 17 anni.

Tabella 2
 Tipo di legame tra la vittima di violenza sessuale e l'abusatore
 Confronto tra adolescenti e donne adulte

Legame con l'abusatore	13-19 anni %	> 19 anni %
Partner/Ex partner	9,3	22,3
Amico/i	33,1	8,0
Conoscente	30,2	24,8
Parente	2,3	0
Sconosciuto	25,2	44,9

Inoltre, non ci sono differenze nei riscontri delle lesioni imenali dopo uno o più episodi di penetrazione (1) e un'attività sessuale già precedente alla violenza, riduce significativamente le possibilità di riscontro di lesioni della membrana imenale dopo abuso. Infine, rispetto alla popolazione adulta le adolescenti riportano una minor frequenza di lesioni extragenitali, ma una frequenza maggiore di lesioni anogenitali (fossa navicolare, imene, forchetta, piccole labbra) (7).

L'ESPERIENZA DEL SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE DELLA CLINICA MANGIAGALLI

Sono stati retrospettivamente esaminati i dati raccolti presso il S.V.S. (Soccorso Violenza Sessuale) della Clinica Mangiagalli di Milano riguardanti 139 adolescenti (età: 13-19 anni) con evidenti segni di abuso, afferite al Centro, entro 7 giorni dall'evento, nel periodo gennaio 2001- giugno 2008. Nella maggioranza degli episodi di violenza sessuale (75%) l'abusatore era una persona nota alla vittima ed appartenente alla sua ristretta cerchia di conoscenze (Tab. 2).

Rispetto all'età pediatrica, il tempo trascorso tra la violenza e la visita risultava essere più precoce (il 55% delle adolescenti si sottoponeva a visita entro 24 ore dalla violenza), mentre era più tardivo nella età adulta (55% adolescenti vs 70% adulte; $p < 0,001$). Le lesioni extragenitali erano presenti in circa il 43% delle adolescenti rispetto al 62,5% rilevate nel campione di popolazione adulta di confronto ($p = 0,002$). Infine, nel 64% dei soggetti abusati erano presenti

uno o più fattori di rischio (handicap, farmaci, sostanze alcoliche, droghe, ecc.) con una maggiore prevalenza nella popolazione straniera rispetto a quella italiana. In definitiva, questa indagine sulla violenza sessuale nell'adolescenza - per la prima volta - fornisce una valutazione su un campione di popolazione italiana e nello specifico di una grande città come Milano. I dati raccolti sono, inoltre, in accordo con quelli ottenuti nei principali studi stranieri sino ad oggi pubblicati e confermano che la realtà italiana è del tutto simile e comparabile al contesto europeo ed americano.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano le Dottoresse Alessandra Kustermann, Marina Ruspa ed Anna Uglietti del Soccorso Violenza Sessuale della Clinica Mangiagalli di Milano per aver elaborato e fornito i dati presentati in questo articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams JA, Knudson S. "Genital findings in adolescent girls referred for suspect sexual abuse". Arch Pediatr Adolesc Med, 150: 850-857, 1996.
2. Adams JA, Girardin B, Faugno D. "Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using g photocolposcopy". J Pediatr Adolesc Gynecol, 14: 175-180, 2001.
3. American College Obstetricians and Gynecologists. "Adolescent victims of sexual assault". ACOG Educ Bull, 252: 1-5, 1998.

4. American College of Emergency Physicians. "Evaluation and management of the sexually assaulted or sexually abused patient". Dallas, TX: American College of Emergency Physicians; 1999. In: <http://www.acep.org/library/index.cfm/id/2101> (come visto il 18 agosto 2008).
5. Cattaneo C, Gentilomo A, Motta T, Ruspa M. "Abuso e violenza sessuale". Edi-Ermes, Milano, 2006.
6. Danielson CM, Holmes MM. "Adolescent sexual assault: an update of the literature". *Curr Opin Obstet Gynecol*, 16: 383-388, 2004.
7. Jones JS, Rossman L, Wynn BN et al. "Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury". *Acad Emerg Med*, 10: 872-877, 2003.
8. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. "Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics*, 113: 67-69, 2004.
9. Kustermann A, Ruspa M, Zuppiroli L. "Procedura in caso di violenza sessuale". In: Dubini V. "Violenza contro le donne. Compiti ed obblighi del ginecologo". I libri dell'A.O.G.O.I., Editeam Gruppo Editoriale, Cento (FE), 2007.
10. "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia". I.S.T.A.T., 2007. In: http://www.istat.it/sala stampa/comunicati/non_calendario/20070221_00/testointegrale.pdf (come visto il 18 agosto 2008).
11. Peipert JF, Domagalski LR. "Epidemiology of adolescent sexual assault". *Obstet Gynecol*, 84: 867-871, 1994.
12. Piccinini A. "Tracce biologiche: repertazione, conservazione e catena di custodia". In: Cattaneo C, Gentilomo A, Motta T, Ruspa M. "Abuso e violenza sessuale". Edi-Ermes, Milano, 2006; p. 79-87.
13. Rennison CM. "Criminal Victimization 1998: Changes 1997-1998 With Trends 1993-1998". Washington, DC: Bureau of Justice Statistics; 1999. In: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/cv98.htm> (come visto il 18 agosto 2008).
14. Roodman AA, Clum GA. "Revictimization rates and method variance: A meta-analysis". *Clin Psychol Rev*, 21: 183-204, 2001.
15. Seifert SA. "Substance abuse and sexual assault". *Subst Use Misuse*, 34: 935-945, 1999.
16. Tjaden P, Thoennes N. "Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women". Findings from the National Violence against Women Survey. November 2000, NCJ 183781.
17. Wu ZH, Berenson AB, Wiemann CM. "A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: familial environment, risk behaviours, and health status". *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 16: 207-216, 2003.

ADOLESCENZA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Franco Bagagli

Area Progettuale SIMG Adolescenza, Medico di Medicina Generale, Torino

INTRODUZIONE

Questo articolo non si limita ad una semplice descrizione degli aspetti clinici appartenenti alle malattie a trasmissione sessuale (STD, Sexually Transmitted Diseases), con particolare riguardo alla loro rilevanza nell'età dell'adolescenza; è infatti necessaria una breve indagine preliminare sui comportamenti sessuali a rischio nei giovani, ed è altresì necessario definire gli aspetti del problema che assumono particolare rilevanza per il Medico di famiglia.

Perché un numero così elevato di giovani sessualmente attivi adotta dei comportamenti a rischio nei confronti delle STD?

Ci sembra di poter seguire, nel tentativo di rispondere a questa domanda, l'impostazione di Moore e Rosenthal (5) che espongono e disaminano alcuni dei miti giovanili.

Il primo di questi, definito come "il mito della fiducia nell'amore", giustifica il comportamento a rischio del giovane con la convinzione che una relazione monogama e duratura non ha caratteristiche di rischio, e non richiede pertanto l'uso di precauzioni.

Ma cosa significa per un/una giovane "rapporto regolare"? Il periodo che consente di definire una relazione come "regolare" varia da un mese sino al matrimonio, con una durata media di circa sei mesi (3); per alcuni adolescenti, la norma è rappresentata dalla "monogamia seriale", ossia da una successione di rapporti permanenti. È differente, inoltre, il concetto di "fedeltà" fra maschi e femmine: più solida nelle ragazze, molto più fluttuante per i maschi, i quali si aspettano fedeltà dalla loro compagna, ma non ritengono necessario un loro analogo impegno. I giovani poi non tengono conto della storia sessuale dei loro partner;

le ragazze poi mostrano riluttanza a riconoscere di aver avuto in precedenza rapporti sessuali occasionali, per timore delle conseguenze sulla loro reputazione nel gruppo.

Il secondo mito si può definire "non-a-me": malgrado che la maggior parte dei giovani sia a conoscenza delle campagne informative sul rischio delle STD, solo pochi di essi pensano che la questione possa riguardarli da vicino. Essi percepiscono l'esistenza e la minaccia delle malattie come un qualcosa che riguarda "altri" (gruppi "a rischio", omosessualità, tossicodipendenza...), ma non se stessi: la convinzione che ciascuno sia speciale, sicuro, invulnerabile, onnipotente ("a me non può succedere") si rivela presente in varie situazioni (fumo, uso di sostanze) ed è uno degli aspetti più problematici nell'approccio al mondo giovanile, specialmente per il Medico di famiglia che, ricordiamolo, spesso incontra i giovani per motivi occasionali/burocratici e non sempre coglie l'occasione per svolgere un approccio di medicina di opportunità (1).

Un terzo mito è quello dell' "alea", ossia del rischio volutamente cercato e (si ritiene) controllato: si fa sesso non sicuro con lo stesso spirito con cui si assumono alcol/sostanze, o si guida in modo spericolato, o si fanno sport estremi senza preparazione. L'amore per il rischio è uno degli aspetti tipici dell'età adolescenziale; sta agli adulti (genitori, operatori scolastici, medici) agire come "istruttori di scuola guida", ossia incanalando nei percorsi di controllo la ricerca del rischio.

Il ruolo della famiglia, della scuola e degli operatori sanitari consiste quindi nel cercare/individuare i comportamenti a rischio, parlandone, ascoltando, illustrando ed eliminando l'onnipresente timore di "dire troppo" o "dire troppo poco". Per scendere nel particolare, non si deve ritene-

re che l'uso del profilattico sia semplice e alla portata di tutti: molti adolescenti d'ambo i sessi non possiedono la necessaria confidenza con questo semplice strumento, temono che possa rovinare il rapporto, non riescono a condividere con il partner il desiderio di utilizzarlo, oppure non sanno come rifiutare un rapporto a rischio.

COME SI AFFRONTANO LE MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

L'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale è considerevolmente aumentata in questi ultimi anni e quindi il Medico di Medicina Generale si trova a dover affrontare questo problema abbastanza frequentemente. Dal momento che la maggior parte dei pazienti sintomatici si trova nella fascia di età compresa tra i 15 e i 30 anni, un adolescente che presenta sintomi più o meno evidenti di tipo genito-urinario andrebbe sempre ben indagato. Il principale problema resta quello diagnostico perché l'adolescente, di solito, ignora il modo in cui esse si presentano; a questo si somma la paura che qualsiasi sintomo si presenti dopo un rapporto sessuale possa essere il segno di una malattia a trasmissione sessuale. Altre volte, al contrario, l'assenza di manifestazioni sintomatologiche può ingenerare le stesse perplessità di quando ci sono i sintomi, e pertanto il contatto con il Medico di Medicina Generale serve a sgombrare il campo dalle preoccupazioni. E' pur vero che nelle femmine l'uretrite gonococcica può non aver sintomi specifici e così pure alcune uretriti non-specifiche possono essere asintomatiche o spostare l'interesse verso altri apparati. E' altrettanto vero, però, che una disuria in un'adolescente, accompagnata o no da perdite vaginali o da dolori addominali, deve far pensare a una malattia a trasmissione sessuale di origine gonococcica (6).

SINTOMI E PROBLEMI

La sintomatologia con cui, frequentemente, si presentano queste malattie può essere riassunta in queste situazioni:

- uretrite (con secrezione);
- disuria;
- vaginite (con secrezione maleodorante);
- irritazione genitale e rossore (propri dell'HIV, sifilide, epatite B);
- prurito vaginale;
- cervicite;
- dolore ai quadranti addominali inferiori e posteriormente alla schiena simile alla malattia pelvica infiammatoria;

- dispareunia;
- ulcere nella regione anorettale.

Alcuni adolescenti comprendono le possibili complicanze legate alle malattie veneree e accettano di buon grado l'invio allo specialista fino a guarigione avvenuta. Altri invece non lo accettano e lo considerano un'esperienza umiliante non seguendo i controlli.

La gonorrea presenta un periodo di incubazione abbastanza breve (intorno ai due-tre giorni) e i sintomi compaiono da due a sette giorni dopo il rapporto sessuale.

Nel maschio, oltre ai sintomi classici, può manifestarsi anche una stenosi uretrale.

La cervicite, spesso associata a malattia infiammatoria pelvica, riconosce come agenti eziologici più comuni la *Neisseria gonorrhoeae* e la *Chlamydia trachomatis*, ma anche la *Gardnerella vaginalis* e il *Trichomonas*, e può avere sintomi molto variabili. In alcuni soggetti può essere asintomatica o paucisintomatica, in altri può avere manifestazioni più gravi. Questi sintomi sono correlati al quadro infiammatorio acuto. Vi sono alterazioni del ciclo mestruale con dolore, metrorragie abbondanti con irregolarità mestruali e perdite intermestruali. Possono esserci secrezioni vaginali maleodoranti e/o purulente. E' inoltre associata stranguria o pollachiuria. Il dolore è di intensità variabile ed è caratteristicamente localizzato ai quadranti addominali inferiori. Alcune volte può essere associato a febbre (38° circa). Il dolore può irradiarsi posteriormente e può associarsi a dolorabilità annessiale anche monolaterale. La diagnosi è microbiologica ed il trattamento si basa sui dati dell'antibiogramma.

L'herpes genitale ha un periodo di incubazione che va da tre a dieci giorni. I sintomi sono solitamente bruciore e prurito genitale e la comparsa successiva di piccole vescicole. Queste dopo circa 24 ore si rompono ed esitano in una piccola ulcera arrossata e dolorosa. L'ulcera dopo qualche giorno guarisce formando prima una crosta. Durante il decorso possono essere interessati i linfonodi inguinali che aumentano di volume, diventano dolenti e si accompagnano spesso a febbre e astenia. La prima infezione dura all'incirca due settimane.

Il maschio è normalmente colpito a livello del corpo del pene, ma possono esserci localizzazioni anche sul glande, sul solco balanoprepuziale e nella zona anale.

Nella femmina le vescicole si localizzano nella zona attorno all'ostio vaginale e nella mucosa vaginale, fino alla cervice e intorno all'ano. La minzione può essere difficoltosa e possono essere presenti perdite vaginali. Circa un quarto delle forme erpetiche può avere solo una localizzazione a livello della

cervice uterina e, a parte la disuria, essere asintomatico (7).

Problema importante sono le recidive che si presentano con una frequenza del 50% circa. Fortunatamente gli attacchi diventano, con il passar del tempo, meno frequenti, più lievi, durano solo cinque/sette giorni e poi tendono a scomparire. Le recidive possono essere scatenate, anche dopo anni, da mestruazioni, rapporti sessuali, masturbazione, stress emotivi o infiammazioni cutanee.

La sifilide ha un periodo di incubazione media di circa 21 giorni. La lesione primaria è detta "sifiloma", origina nella sede di inoculazione e si presenta dapprima come una piccola chiazza arrossata che poi si erode. Può essere presente sulla superficie dell'erosione una crosta giallo-grigiastra, qualche volta leggermente emorragica. La base liscia e, di solito, umida e trasparente, è di colore rossastro. Il bordo dell'erosione è liscio, regolare, non frastagliato e guarisce senza lasciare cicatrice. Se si localizza a livello del prepuzio, si può osservare un indurimento simil-cartilagineo a seguito delle alterazioni vascolari e delle infiltrazioni di linfociti su tutta la base della lesione. I sifilomi sono di solito indolori e spesso si accompagnano a tumefazione linfonodale inguinale. Si possono avere localizzazioni anche a livello del frenulo, intrauretrali, anorettali e orali. E' buona norma indagare sempre, di fronte a uretriti dubbie, la possibile natura sifilitica perché risolvendosi spontaneamente può ingenerarsi il quadro della sifilide latente e tardiva.

I condilomi acuminati e il mollusco contagioso hanno un aspetto abbastanza tipico e sono di facile diagnosi. I condilomi acuminati sono simili a verruche e spesso appaiono come lesioni multiple, leggermente elevate con varie forme (disco, rotondo, ovale) e con dimensioni variabili. Si ritrovano talvolta associati a sifilide secondaria e si localizzano sulla vulva, sul perineo e sulla regione perianale. Il mollusco contagioso si presenta con delle escrescenze cutanee a varia localizzazione (sia peniena sia perianale) che possono risolversi spontaneamente. L'eziologia è virale e l'asportazione è risolutiva.

Un semplice accenno meritano in questo contesto le epatiti virali e l'HIV che hanno come fonte di infezione anche l'attività sessuale: si tratta di malattie sessualmente trasmesse ma a localizzazione extragenitale. Per entrambe si possono ipotizzare, considerando che la tossicodipendenza può essere un fattore di rischio comune, delle strategie preventive (2) quali:

- individuare i soggetti a rischio;
- sottoporre a vaccinazione i soggetti che hanno i marker per epatite B negativi;
- consigliare l'utilizzo del profilattico e mostrarne la pratica di impiego;

- esortare all'uso di siringhe personali e non l'uso promiscuo;
- motivare una corretta igiene personale.

CONCLUSIONI

Si deve concludere che (4):

- convincere gli adolescenti a modificare le proprie abitudini sessuali non è compito facile, e richiede la partecipazione di tutti (famiglie, scuola, mass-media, operatori sanitari);
- occorre comprendere che il comportamento sessuale, nonostante i cambiamenti intercorsi nella società, è fortemente influenzato dalle differenze di genere: i ragazzi continuano ad avere più partners, a considerare importante il bisogno di sesso, a cercare i rapporti occasionali, mentre per le ragazze il sesso è ancora vissuto con maggior partecipazione, desiderio di amore e aspetti di romanticismo;
- occorre esplorare il contesto entro il quale i ragazzi costruiscono le proprie esperienze sessuali, cessando di considerare gli adolescenti come un gruppo omogeneo: le informazioni circa l'uso del profilattico e il rischio di diffusione delle STD devono essere differenziate sia secondo il genere che secondo la personale percezione del rischio.

BIBLIOGRAFIA

1. Bagozzi F. "Generazione in ecstasy". Gruppo Abele, Torino, 1996.
2. Cormack J, Marinker M, Morrell D. "Pratica clinica in medicina generale". Vol. 2, CIS Editore, Roma, 1996.
3. De Sanctis V. "Manuale di Adolescentologia". Pacini, Pisa, 2002.
4. De Toni E et al. "Adolescenza: verso un approccio multidisciplinare". Editeam Gruppo Editori, Cento (Fe), 1992.
5. Moore S, Rosenthal D. "Adolescenza e sessualità". Franco Angeli, Milano, 2007.
6. Murtagh J. "Professione Medico generale". Ed. McGraw-Hill, 1995.
7. Taylor RB. "Fondamenti della Medicina di Famiglia". Springer, parte I, 1997.

LINEE GUIDA

- Sexuality education for children and adolescents. American Academy of Pediatrics (note) - Medical Specialty Society. 2001 Aug (reaffirmed 2004). 5 pages. NGC:002310.
- Condom use by adolescents. American Academy of Pediatrics (note) - Medical Specialty Society. 2001 Jun (reaffirmed 2004 Oct). 7 pages. NGC:002309.

LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST) IN GIOVANI IN ITALIA

**Maria Cristina Salfa[°], Vincenza Regine[°], Laura Camoni[°], Mariangela Raimondo[°],
Massimo Giuliani^{°§}, Barbara Suligoj[°]
ed i Responsabili dei Centri della Sorveglianza Nazionale IST***

[°]Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

[§]S.C. di Dermatologia infettiva, Istituto Dermatologico S. Gallicano (IRCCS), Roma

INTRODUZIONE

In Italia, la diffusione delle IST è valutata da un Sistema di Sorveglianza Sentinella attivato nel 1991 dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Questo Sistema di Sorveglianza prevede la collaborazione di una Rete Sentinella di Centri clinici pubblici, specializzati nella diagnosi e cura delle IST sul territorio nazionale. I Centri segnalano i pazienti a cui viene diagnosticata una IST sulla base di precisi criteri clinici confermati da appropriati test di laboratorio; inoltre, per ciascun paziente vengono raccolte informazioni socio-demografiche e comportamentali, nonché il sierostato HIV (7).

Dal 1° gennaio 1991 fino al 31 dicembre 1999, la rete di segnalazione del Sistema di Sorveglianza ha coinvolto 47 Centri clinici pubblici; dal 1° gennaio 2000 la rete è stata ridotta a 12 Centri clinici operanti nelle maggiori città italiane, con una perdita soltanto del 10% delle segnalazioni rispetto alla rete precedente (Fig. 1).

Questa rete ha consentito di raccogliere dati su 23 diverse diagnosi di IST e di delineare un accurato andamento sulla diffusione di queste patologie in Italia e sulle caratteristiche demografiche e comportamentali dei pazienti (3, 4).



Figura 1: Rete di Sorveglianza delle IST dal 1° gennaio 2000 (12 Centri clinici pubblici).

* I Responsabili dei Centri della Sorveglianza Nazionale IST: Aste Nicola (Cagliari), Carnimeo Raffaele (Bari), Cusini Marco (Milano), D'Antuono Antonietta (Bologna), Del Monte Sergio (Torino), Di Carlo Aldo (Roma), Graifemberghi Severo (Brescia), Latino Maria Agnese (Torino), Moise Gianmichele (Gorizia), Priano Luigi (Genova), Urbani Franco (Trento), Zuccati Giuliano (Firenze)

LE IST E I GIOVANI (15-24 ANNI) IN ITALIA

La giovane età costituisce un particolare fattore di rischio per l'acquisizione delle IST e questo è probabilmente attribuibile al fatto che i tessuti genitali sono ancora immaturi e quindi più recettivi ai patogeni, nonché ad una maggiore probabilità di comportamenti a rischio (2, 5).

Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2005, il Sistema di Sorveglianza ha raccolto un totale di 18.243 nuovi casi di IST tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni, pari al 18,8% di tutti i casi di IST segnalati al Sistema di Sorveglianza nello stesso periodo. Il 51,7% è stato diagnosticato in uomini, il 92,5% in individui eterosessuali e il 21,0% in pazienti non italiani (la maggior parte erano Europei [54,9%] e Africani [27,4%]).

Il 48,2% dei pazienti riferiva di non aver utilizzato nessun metodo contraccettivo negli ultimi sei mesi, il 12,9% di avere avuto già una IST in passato e il 4,3% dichiarava di aver fatto uso di droghe per via iniettiva.

Relativamente al comportamento sessuale, il 52,4% dichiarava di avere avuto un solo partner negli ultimi sei mesi, mentre il 45,5% di averne avuti due o più negli ultimi sei mesi.

L'andamento delle caratteristiche demografiche dei casi nel tempo ha mostrato una generale stabilità nella distribuzione annua dei casi per genere, mentre a partire dal 2000 si è registrato un aumento della proporzione annua di soggetti stranieri ed omosessuali. La proporzione degli stranieri è passata da circa il 20,0% del 1997, al 34,0% del 2005, mentre quella degli omosessuali da circa il 5,0% del 1999, al 12,0% del 2005.

Dalla distribuzione dei casi per tipo di diagnosi è emerso che le patologie più frequenti tra i giovani sono state i condilomi acuminati ano-genitali (49,0%) e le infezioni da *Chlamydia trachomatis* (12,5%).

La distribuzione delle patologie per genere ha mostrato tra i 9.435 giovani maschi una maggiore proporzione di condilomi acuminati ano-genitali (48,7%) e di uretriti gonococciche (10,8%), mentre tra le 8.808 giovani femmine si è osservata una maggiore quota di condilomi acuminati ano-genitali (49,3%) e di infezioni clamidiali (18,5%) (Fig. 2).

L'andamento dei casi nel tempo e per tipo di diagnosi ha mostrato una generale stabilità per tutte le infezioni batteriche fino al 2000 (Fig. 3). Dopo il 2000 la sifilide primaria (sifilide I-II), la sifilide latente e le infezioni gonococciche hanno fatto registrare un aumento delle segnalazioni; anche le infezioni clamidiali hanno mostrato un aumento dal 2002, con una successiva diminuzione nel 2005.

Tra le due principali IST virali, i condilomi acuminati hanno mostrato una lieve ma costante diminuzione delle segnalazioni fino al 2000 ed un successivo incremento con un picco delle segnalazioni nel 2005 (Fig. 4), mentre l'herpes genitale ha mostrato dal 1991 al 2005 un andamento costante delle segnalazioni, che tuttavia sono state sempre numericamente inferiori rispetto a quelle dei condilomi acuminati.

Relativamente al sierostato per HIV, fra i 18.243 casi segnalati di IST in pazienti giovani, 11.637 (63,8%) hanno effettuato il test anti-HIV e 528 (4,5% dei testati) sono risultati positivi. Le prevalenze di HIV hanno presentato delle differenze in base alle modalità di esposizione: la percentuale di HIV positivi era 39,6% nei tossicodipendenti, 15,0% negli omosessuali, 12,2% nei bisessuali e 3,5% negli eterosessuali. La prevalenza di HIV nei maschi era lievemente più alta rispetto alle femmine (4,9% vs 4,0%). Tra i 528 HIV positivi, il 35,6% scopriva di essere positivo al momento della diagnosi di IST; tre quarti di questi erano stranieri.

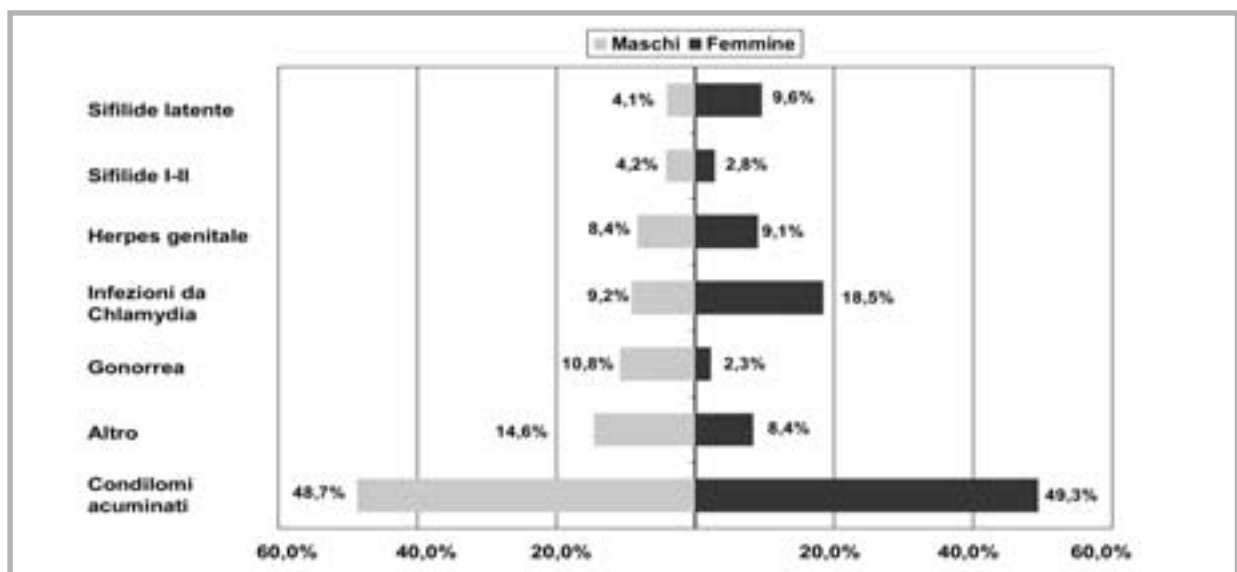


Figura 2: Diagnosi di IST più frequenti nei giovani (15-24 anni) (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST, 1991-2005).

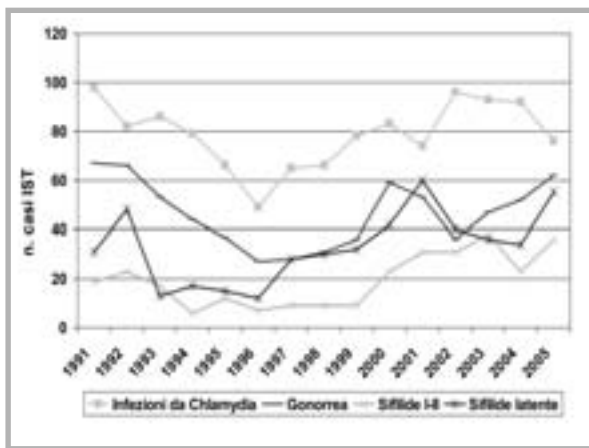


Figura 3: Andamento delle principali IST batteriche nei giovani (15-24 anni) (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST, 1991-2005).

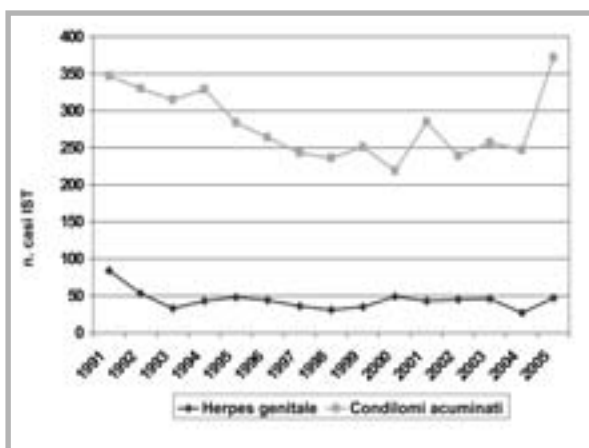


Figura 4: Andamento delle principali IST virali nei giovani (15-24 anni) (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST, 1991-2005).

CONCLUSIONI

I dati del Sistema di Sorveglianza IST hanno mostrato che in Italia i giovani rappresentano un quinto di tutti i casi di IST segnalati. Tra questi la proporzione di stranieri è aumentata nel tempo. La metà dei giovani con IST ha riferito di non usare nessun metodo contraccettivo. Le diagnosi più frequenti sono state i condilomi acuminati ano-genitali e le infezioni clamidiali. In particolare le IST batteriche hanno mostrato un incremento dopo il 2000. Relativamente al sierostato HIV, quasi il 40,0% dei pazienti non è stato testato, nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandi l'effettuazione di un test HIV in tutti i pazienti con una diagnosi di IST (8). Un terzo dei giovani HIV positivi con IST ignorava il proprio sierostato HIV costituendo, a loro insaputa, una fonte di infezione attraverso contatti sessua-

li non protetti o trasmissione per via parenterale; inoltre, questi giovani a cui non era stata ancora diagnosticata l'infezione da HIV non hanno potuto usufruire di un management precoce e di cure appropriate, che sappiamo possono garantire una sopravvivenza oltre i 20 anni ed una qualità di vita eccellente (1, 6).

In definitiva, i nostri dati sottolineano la necessità di:

- informare i giovani sulle presentazioni cliniche delle IST e sulle possibili complicanze e sequele di queste patologie;
- sensibilizzare alla necessità di rivolgersi al proprio medico di fiducia in caso di presenza di segni o sintomi compatibili con una IST;
- educare all'uso del condom, non solo come mezzo anticoncezionale ma anche come metodo preventivo per evitare l'acquisizione di infezioni;
- promuovere l'effettuazione del test HIV in tutti i giovani affetti da una IST.

BIBLIOGRAFIA

1. Ewings FM, Bhaskara K, McLean K et al. "Survival following HIV infection of a cohort followed up from seroconversion in the UK", *AIDS*, 22, 1, 89-95, 2008.
2. Fenton KA, Lowndes CM, the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) Network. "Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union", *Sex Transm Infect*, 80, 255-263, 2004.
3. Giuliani M, Suligoi B & the STD Surveillance Working Group. "Sentinel Surveillance of Sexually Transmitted Diseases in Italy". *EURO Surveillance*, 6, 55-58, 1998.
4. Giuliani M, Suligoi B, and the Italian STI Surveillance Working Group. "Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections", *Sex Transm Dis*, 31, 2, 79-84, 2004.
5. Kucinskiene V, Sutaitė I, Valiukeviciene S et al. "Prevalence and risk factors of genital Chlamydia trachomatis infection", *Medicina (Kaunas)*, 42, 10, 885-894, 2006.
6. Smit C, Geskus R, Walker S et al. "Effective therapy has altered the spectrum of cause-specific mortality following HIV seroconversion", *AIDS*, 20, 741-749, 2006.
7. Suligoi B, Giuliani M. "La sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse e dell'infezione da HIV. Metodologia e flusso dei dati", *Ann Ist Super Sanità*, 36, 4, 399-407, 2000.
8. World Health Organisation, "Consensus statement from consultation on sexually transmitted diseases as a risk factor for HIV transmission", World Health Organization, 2001.

EDUCAZIONE SESSUALE NELLE SCUOLE: PEER EDUCATION

Francesca Cappello

ASL 6 Palermo, Dipartimento Materno Infantile, Consultorio di Monreale

LA “PEER EDUCATION”

La *peer education* (educazione tra pari) rappresenta oggi uno dei più significativi modelli di lavoro *con e per* gli adolescenti. Consiste nel formare un gruppo di studenti (*peer educators*) che si fa promotore di benessere all'interno della scuola realizzando varie attività rivolte ai coetanei. Una delle prime e più significative esperienze di educazione tra pari in Italia risale al 1994 all'interno dell'associazione di volontariato *Contorno Viola* di Verbania per la prevenzione dell'infezione dell'HIV (4).

Pur essendo ancora molto discussa la possibilità di valutare l'efficacia degli interventi in questo ambito, sia per l'insufficienza di indicatori validati, sia per la difficoltà di applicare un disegno sperimentale rigoroso ad interventi su ampia scala, alcune revisioni sistematiche (HTA Programme, Southampton 1998; Kirby, USA 2001) (9, 10) concludono che gli interventi di educazione alla sessualità maggiormente efficaci sono quelli che si avvalgono di educatori tra pari. Malgrado queste evidenze, l'educazione tra pari è stata pochissimo utilizzata negli interventi di educazione alla sessualità realizzati nelle scuole italiane dai consultori, essendo finora rimasta confinata prevalentemente in ambiti professionali lontani dal mondo della ginecologia. La *peer education* pone le sue radici in un processo che viene messo in atto spontaneamente dai giovani nel quotidiano e tramite il quale essi apprendono cose diverse l'uno dall'altro, influenzandosi reciprocamente nei comportamenti. Il metodo sfrutta questa naturale tendenza ad avere influenza sugli altri e la organizza in funzione dell'obiettivo educativo previsto attraverso un'attività di formazione condotta da adulti esperti. E' una strategia educativa flessibile e “rivoluzionaria” in quanto sposta la centralità del ruolo pedagogico dall'esper-

to tradizionale, adulto e professionalizzato, al giovane opportunamente formato. Essa si dimostra vincente rispetto agli approcci pedagogici classici, soprattutto quando il messaggio veicolato ha per oggetto il “non fare”, come nel caso della prevenzione di un comportamento a rischio. E' dimostrato che, in tali contesti, la prescrizione autoritaria può rivelarsi ininfluente o persino controproducente (1). La *peer education*, al contrario, mette in gioco anche emozioni e competenze relazionali che consentono al messaggio informativo di pervenire al suo scopo. Il principio della sua efficacia risiede nell'attitudine, caratteristica degli adolescenti, ad orientare i propri comportamenti non soltanto sulla scorta delle informazioni ricevute, ma anche in base a ciò che fanno i coetanei, e in particolare coloro che possono proporsi come figure di riferimento. L'educatore coetaneo è una persona che più di qualsiasi esperto adulto ha accesso al mondo valoriale e simbolico dei giovani, possiede lo stesso codice linguistico e ha quindi la possibilità di stabilire un rapporto di fiducia e ascolto con i soggetti con cui entra in contatto (12).

I contributi teorici di cui si avvale derivano da discipline come la psicologia di comunità, la psicologia dell'età evolutiva, la sociologia, le scienze della comunicazione, la pedagogia. I principali modelli teorici cui si fa riferimento sono i seguenti:

- *L'utilizzo delle potenzialità del “gruppo”.*

Molti psicologi e pedagogisti hanno in più occasioni definito e teorizzato l'importanza dell'esperienza nel gruppo quale elemento facilitatore e catalizzatore dell'apprendimento del singolo che vi appartiene (14). In campo formativo è possibile quindi sfruttare la maggior efficacia del gruppo, rispetto al lavoro individuale, nella capacità di modificare atteggiamenti e comportamenti (9).

- *Il modello dell'intelligenza emotiva di Goleman e l'educazione alle life skills.*
Agli inizi degli anni novanta, l'OMS definì le *life skills* come quelle "abilità che consentono di affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana" e che comprendono: capacità di prendere decisioni e di risolvere problemi, pensiero creativo, pensiero critico, comunicazione efficace, competenze relazionali, autoconsapevolezza, empatia, gestione delle emozioni, gestione dello stress (11). Le *life skills*, così definite, sono molto simili alle caratteristiche di quell'*intelligenza* che Goleman definisce *emotiva* e che pure include la capacità di tollerare e gestire i conflitti e di riconoscere e valorizzare la diversità come risorsa (8). Il focus della formazione degli educatori tra pari non sta tanto o solo nei contenuti, quanto nello sviluppo di queste abilità fondamentali per costruire relazioni positive, dunque educative, all'interno dei propri gruppi di appartenenza.
- *L'autoefficacia di Albert Bandura (2) può essere definita come la "fiducia che una persona ripone nella propria capacità di affrontare un compito specifico".* Dal livello di autoefficacia che una persona possiede derivano: le modalità di reazione alle difficoltà della vita, l'entità dello sforzo e la capacità di perseverare di fronte agli ostacoli e alle esperienze di fallimento, la quantità di stress e depressione vissuta. Secondo Bandura il senso di efficacia personale esercita effetti importanti nella salute su almeno due aspetti: fronteggiare gli eventi stressanti e modificare i comportamenti nocivi. Se le persone credono di poter affrontare efficacemente i fattori stressanti presenti nell'ambiente, non ne avvertono l'effetto perturbante. Se invece sono convinte di non potere controllare gli eventi negativi, il senso di angoscia e l'ansia che ne consegue pregiudicheranno l'efficacia delle azioni che metteranno in atto. Il cambiamento di comportamento dipende dalla diversa percezione della propria capacità di mobilitare le risorse personali, adottando le linee di azione necessarie per rispondere alle richieste della situazione.
- *Tecniche di comunicazione efficace.*
La comunicazione efficace (cioè quella comunicazione con cui si ottiene lo scopo desiderato in quanto il messaggio arriva al ricevente con lo stesso significato che l'emittente vuole trasmettere) comporta la conoscenza e l'applicazione di una serie di fattori e di regole che intervengono nel processo comunicativo (15). Alcuni di questi fattori sono: la conoscenza dell'importanza dei codici e dei linguaggi, della comunicazione

non verbale e del contesto, dell'influenza di emozioni e pregiudizi, la capacità di ascolto e di fornire feedback, la capacità di distinguere fatti da opinioni (6). Se la comunicazione è efficace è possibile entrare in contatto con il mondo dell'altro e di stabilire con lui una relazione positiva. Possiamo considerare la *peer education* un processo di comunicazione globale in cui devono essere attenzionati i processi comunicativi che si attuano a vari livelli e cioè: nella relazione adulto-adolescente, nella relazione adolescente-adolescente, nella relazione adolescente-gruppo. La comunicazione efficace è il cardine su cui poggia il percorso formativo dei peers, che devono imparare non solo ad instaurare e gestire buone relazioni interpersonali con i coetanei, ma anche a condurre gruppi di discussione (4, 12).

- *Le metodologie interattive.*
Particolarmente feconde con gli adolescenti, implicano il coinvolgimento attivo di tutti i protagonisti dell'intervento. Utilizzare metodi di lavoro alternativi alla classica lezione frontale quali tecniche di espressione corporea, drammatizzazioni, giochi di ruolo, dibattiti, attività in piccolo gruppo, brainstorming, completamento di storie, ecc. (5, 12), dà la possibilità a tutti i partecipanti non solo di fare esperienze dirette, ma altresì di rielaborarle ed interpretarle anche alla luce di quelle degli altri.

MODELLI DI INTERVENTO DI PEER EDUCATION

La realizzazione di interventi che utilizzano la *peer education* in ambito scolastico, è complessa, e si articola almeno in tre fasi principali: la selezione dei potenziali *peer educators*, la loro formazione, la realizzazione da parte dei "pari", all'interno della scuola, di interventi diretti ai coetanei. Sono stati proposti almeno tre modelli di intervento che differiscono tra loro per le modalità di realizzazione di queste fasi, come mostrato in tabella 1 (12).

I diversi approcci si differenziano prevalentemente rispetto al grado di scostamento dalla verticalità che caratterizza il rapporto educativo tradizionale e al corrispondente grado di effettiva autonomia promosso tra i partecipanti. Il fattore chiave che differenzia i vari modelli è rappresentato in ultima analisi dal grado di partecipazione che coinvolge il *peer educator* in tutte le fasi, comprese la progettazione e la messa in atto del programma. Conseguentemente la probabilità di successo del singolo progetto dipende dalla attenzione con cui viene condotta la fase di formazione in cui concretamente si promuove e

Tabella 1
Modelli di intervento di peer education

	SELEZIONE PEERS	FORMAZIONE	TEMA DI PREVENZIONE	FASE REALIZZATIVA
MODELLO PURO	Educatori tra pari scelti dagli adulti secondo propri criteri di leadership	Fase formativa breve di tipo addestrativo/informativo	Scelto dagli adulti	Progettata e gestita dagli adulti
MODELLO MISTO	Criteri variabili	Fase formativa breve e intensiva	Scelto dagli adulti	Autonomia dei ragazzi
<i>EMPOWERED</i> PEER EDUCATION	Educatori tra pari scelti autonomamente dai ragazzi stessi tra gli alunni delle terze classi	Fase formativa prolungata e intensiva, orientata alle <i>life skills</i>	Temi di prevenzione individuati direttamente dai ragazzi	Completamente gestita dai ragazzi
Protagonismo dei ragazzi in ogni fase di lavoro				

si determina la partecipazione effettiva dei ragazzi. Condizione essenziale perché ciò si realizzi è che la formazione sia orientata oltre che all'acquisizione di contenuti anche di competenze comunicative e relazionali (*life skills*) necessarie a gestire rapporti positivi, interpersonali e di gruppo, con i coetanei.

L'adulto formatore svolge in questo modo il ruolo di *facilitatore di processi* che mette a disposizione le proprie competenze (non soltanto tecniche) per il raggiungimento di obiettivi differenti secondo le varie fasi di lavoro. Nelle fasi iniziali le sue funzioni saranno quindi di promuovere i processi di costituzione del "gruppo" dei pari, di favorire la sua progressiva trasformazione in gruppo di lavoro, e di mediare i rapporti tra pari e contesto allargato. Mentre procede la graduale acquisizione di autonomia operativa da parte dei ragazzi, l'adulto progressivamente assumerà un ruolo più "di sfondo" orientato al counselling e alla supervisione (12).

PEER EDUCATION ED EDUCAZIONE SESSUALE: RIELABORAZIONE E FLESSIBILITÀ DEI MODELLI DI INTERVENTO RISPETTO AL CONTESTO

Il rischio che si corre con il cosiddetto modello puro è quello di far diventare i *peers* dei "piccoli adulti" che ripropongono con i loro coetanei lo stesso tipo di relazione verticale *adulto-adolescente* basato sulla mera trasmissione di informazioni e contenuti. D'altronde il modello *empowered*, certamente il più interessante, prevede un'articolazio-

ne organizzativa ed operativa estremamente complessa, che richiede sia un gruppo di lavoro pluriprofessionale, coeso e motivato, che il coinvolgimento attivo ed il sostegno di tutta la scuola. Tutto questo può essere difficile da trovare nelle nostre realtà lavorative dove i contesti di lavoro sono spesso più difficili e meno collaborativi. Un possibile compromesso da trasporre nell'ambito di interventi di educazione alla sessualità, è di utilizzare un modello misto come quello da noi suggerito nel progetto "*Sessualità consapevole e peer education*", che si propone di aumentare la consapevolezza dei ragazzi circa le possibili conseguenze di rapporti sessuali non protetti nei confronti di gravidanze e di malattie a trasmissione sessuale (3, 7). Questo progetto, ad articolazione biennale, dedica gran parte del primo anno alla formazione di un gruppo di *peer educators*, con i seguenti obiettivi formativi:

- acquisire conoscenze relative ai significati della sessualità, agli apparati riproduttori, alla fertilità, alle malattie a trasmissione sessuale, alla contraccezione, alle IVG, ai servizi per adolescenti;
- acquisire consapevolezza sul rischio correlato ad alcuni comportamenti sessuali;
- acquisire consapevolezza sull'importanza delle influenze sociali e dei media sui comportamenti;
- accrescere le proprie competenze relazionali-comunicative;
- acquisire la capacità di condurre gruppi;
- apprendere tecniche di animazione e di conduzione di gruppi;
- aumentare la capacità di autonomia decisionale.

Il secondo anno gli stessi ragazzi organizzano e conducono 2 incontri per classe con le seguenti finalità:

- riflettere e problematizzare con la classe sulle norme che regolano i comportamenti sessuali tra adolescenti;
- consapevolizzare il rischio in sessualità.

Per quanto semplificato rispetto al modello *empowered* originario, questo progetto rimane di realizzazione complessa e subordinata alla collaborazione attiva del contesto scolastico.

Il progetto *“Quelli dello Sportello”*, realizzato di recente dal nostro consultorio, è invece un esempio di adattamento metodologico e strategico ad un contesto di lavoro difficile, messo a punto dopo nu-

merosi interventi a favore della salute sessuale dei giovani, realizzati negli anni utilizzando vari approcci. La particolarità del progetto sta nell’aver integrato gli elementi metodologici ritenuti più efficaci nel campo dell’educazione sessuale dalla letteratura internazionale sull’argomento (9, 10, 13) e cioè: il counselling facilmente fruibile dai ragazzi (Sportello d’Ascolto all’interno della scuola), la *peer education*, gli incontri nei gruppi classe.

La peer education in questo caso è stata utilizzata per formare un gruppo di 16 ragazzi a svolgere un’importante funzione di promozione e di supporto organizzativo per le attività dello Sportello d’Ascolto, tenuto presso la scuola dagli operatori del consultorio. L’articolazione delle varie fasi del progetto è mostrata nella tabella 2.

Tabella 2
Progetto *“Quelli dello Sportello”* e sue fasi

SELEZIONE PEERS	Adesione volontaria	14 ragazze e 2 ragazzi
FORMAZIONE	15 ore (7 incontri) di formazione in orario scolastico condotti da operatori del consultorio (ginecologa e assistente sanitaria)	<p>Obiettivi formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementare le conoscenze sulle attività del consultorio familiare, le sue modalità organizzative, le figure professionali presenti ■ Saper definire compiti ed obiettivi dello sportello d’ascolto ■ Aumentare la consapevolezza sui significati e le funzioni della sessualità in adolescenza ■ Migliorare le conoscenze su sessualità, MST, contraccezione ■ Migliorare la capacità relazionale dei ragazzi nei confronti dei pari ■ Apprendere modalità comunicative per la comunicazione ai gruppi
FASE OPERATIVA	Organizzazione della fase promozionale	Autoproduzione di materiale informativo e questionari di valutazione
	Promozione dello sportello	Incontri in tutte le classi condotti da 3 peers preceduti e seguiti da somministrazione di questionari
	Gestione degli accessi allo sportello	<ul style="list-style-type: none"> ■ A ciascuna squadra di 3 “pari” sono assegnate due classi in cui viene curata la raccolta delle richieste di accesso allo sportello ■ Una cassetta chiusa viene collocata in una zona poco visibile della scuola per eventuali richieste riservate <p>Il raccordo tra i “pari” e gli operatori del consultorio è curato da 3 volontari del Servizio Civile assegnati al consultorio</p>
	Attività di sportello	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incontro preliminare con l’assistente sanitaria del consultorio (a volte sufficiente a rispondere al bisogno dei ragazzi) ■ Incontro successivo con medico o psicologo oppure ■ Invio direttamente al servizio
	Incontri nelle classi	Incontri su sessualità e contraccezione a richiesta delle classi condotti dalla ginecologa
VALUTAZIONE	Fase di formazione	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitoraggio delle presenze e del clima d’aula durante gli incontri con il gruppo dei pari ■ Osservazione degli incontri da parte dei volontari del Servizio Civile ■ Simulate degli interventi nelle classi
	Fase promozionale	<ul style="list-style-type: none"> ■ n. di classi in cui i pari hanno tenuto incontri/su numero totale di classi ■ n. di incontri a tema richiesti dagli alunni
	Attività di sportello (da valutare alla fine del 2° anno di progetto)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gradimento dell’iniziativa da parte degli alunni valutata con interviste casuali dai ragazzi del Servizio Civile ■ n. accessi allo sportello ■ n. accessi coerenti con l’obiettivo/su totale accessi ■ n. alunni afferenti al consultorio ■ n. di alunni sessualmente attivi che utilizza contraccettivi efficaci

CONCLUSIONI

La peer education è una metodologia a disposizione di chiunque voglia realizzare interventi efficaci a favore della salute sessuale dei giovani. E' possibile utilizzare sia i modelli più semplici che quelli più complessi, secondo le risorse disponibili ed il contesto di lavoro. L'operatore che decide di utilizzarla deve possedere alcune competenze indispensabili che riguardano la conoscenza del mondo adolescenziale, l'area comunicativo-relazionale e la capacità di condurre gruppi. Riuscire ad attuare interventi di questo tipo in modo continuativo nella stessa scuola consente di attivare un processo "a cascata" in grado di perpetuarsi nel tempo: lo stesso gruppo di pari può condurre diverse attività nel corso di più anni scolastici, come pure partecipare alla formazione di nuovi peers. Questo consente una maggiore diffusione e capillarità dell'informazione, una valorizzazione delle risorse dei gruppi e dei giovani protagonisti del processo formativo, una maggiore efficacia preventiva con una notevole riduzione dei costi (12).

BIBLIOGRAFIA

1. Pellai A, Rinaldin V, Tamborini B. "Educazione tra pari. Manuale teorico pratico di empowered peer education". Trento, Erickson, 2002.
2. Del Re G, Bazzo G. "Educazione sessuale e relazionale-affettiva". Trento, Erickson, 1997.
3. Pellai A, Boncinelli S. "Just do it!". Milano, Franco Angeli, 2002.
4. Croce M, Gnemmi A (a cura di). "Peer Education. Adolescenti protagonisti della prevenzione". Milano, Franco Angeli, 2003.
5. Atzori A. "Peer education: i giovani insegnano ai giovani", Visto in: www.unicef-mondodomani-n_2-2004.
6. Lither-Sheriff D et al. "Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews", NHS R&D Health Technology Assessment programme Southampton HTA, 1998 (come citato in: www.saperidoc.it).
7. Kirby D. "Emerging Answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. USA, 2001", (come citato in www.teenpregnancy.org).
8. Vygotskij L.S. "Il processo cognitivo". Torino, Boringhieri, 1980.
9. Giori F. "Adolescenza e rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione". Milano, Franco Angeli, 1998.
10. Marmocchi P, Dall'Aglio C, Tannini M. "Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità". Erickson, Trento, 2004.
11. Goleman D. "Intelligenza emotiva". Milano, Rizzoli, 1996.
12. Bandura A (a cura di). "Autoefficacia. Teoria ed applicazioni". Trento, Erickson, 2000.
13. Franta H, Salonia G. "Comunicazione interpersonale", Roma, LAS, 1981.
14. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. "Pragmatica della comunicazione umana". Roma, Astrolabio, 1971.
15. Cappello F. "Sessualità consapevole e peer education: progetto di educazione ad una sessualità consapevole in una scuola superiore di Monreale". Pubblicato su: www.dors.it nell'ambito del progetto nazionale "Guadagnare salute negli adolescenti" promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, 2006.

SCUOLA ED EDUCAZIONE SESSUALE: GLI INTERVENTI EFFICACI

Francesca Cappello

ASL 6 Palermo, Dipartimento Materno Infantile, Consultorio di Monreale

INTRODUZIONE

Nel contesto scolastico le tradizionali strategie di prevenzione, sempre più numerose in seguito all'emergenza AIDS, sono in genere accomunate da alcune caratteristiche:

- impostazione troppo "scientifica" e riduttiva,
- argomenti affrontati con una prospettiva prevalentemente "adulta",
- uso di metodologie poco coinvolgenti ed inadeguate all'età,
- uso di toni troppo allarmistici ed invio di messaggi più o meno sessuofobici.

Riguardo a quest'ultimo punto Grandolfo, nel rapporto ISTISAN 00/7 (4), rileva come talvolta "la sessualità sia infelicemente entrata nella scuola collegata al pericolo di malattia e morte piuttosto che al piacere, alla gioia, alla fiducia", e quali conseguenze può avere questo messaggio preoccupante su individui in formazione non è ancora dato di sapere.

E' noto che la popolazione giovanile è particolarmente esposta ai comportamenti a rischio in ambito sessuale e alle loro conseguenze.

Come riportato nella *Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi*, approvata dal Parlamento Europeo nel giugno 2002 (9), il tasso di gravidanze in età adolescenziale è generalmente in aumento nell'U.E. con un tasso stimato tra 7 e 28 gravidanze ogni 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni. Insieme a Svezia, Inghilterra e Galles, l'Italia è tra i Paesi con il tasso più elevato.

Il 72,4% del totale dei casi di AIDS registrati in Italia dal 1982 al 2001 (Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità), si concentra nella fascia d'età 25-39 anni e la distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei

casi attribuiti alla trasmissione sessuale. I giovani sono al momento tra i sottogruppi di popolazione in cui l'incidenza dell'infezione da HIV è ancora in crescita.

Da una ricerca realizzata nel 1999 su un campione di circa 4.000 giovani di entrambi i sessi, frequentanti le scuole superiori di 5 diversi territori del nord Italia, nell'ambito del III Progetto Nazionale "Prevenzione HIV", condotto dall'Istituto di Igiene dell'Università di Milano (8), relativamente all'area dei comportamenti sessuali, è emerso che:

- 17 anni rappresenta l'età in cui con maggiore frequenza viene sperimentato il primo rapporto sessuale.
- Circa il 37% di tutta la popolazione considerata (alunni/e delle 5 classi di scuola superiore) ha già avuto rapporti sessuali, salendo al 50% tra gli alunni del 5° anno.
- Nessun metodo anticoncezionale durante l'ultimo rapporto viene riferito dal 19% dei ragazzi e dal 10% delle ragazze, dato che, se unito alla percentuale di coloro che riferiscono l'adozione del coito interrotto o di coloro che non ricordano, fa concludere che circa il 29% dei ragazzi ed il 25% delle ragazze non ha utilizzato alcun tipo di metodo anticoncezionale e di protezione da malattie a trasmissione sessuale durante il più recente rapporto sessuale.
- Solo il 17% delle ragazze che ha un'attività sessuale si affida alla pillola come metodo anticoncezionale.
- Il 5% delle ragazze sessualmente attive è rimasta incinta almeno una volta ed il 7% dei ragazzi ha messo incinta una ragazza almeno una volta.

Nel 2002 un'indagine condotta dal Consultorio di Monreale (ASL 6 Palermo) presso le scuole

superiori di Monreale, ha inoltre messo in evidenza che:

- un grande numero di giovani affronta le prime esperienze sessuali non solo senza alcuna protezione, ma anche con poca o nessuna consapevolezza delle possibili conseguenze;
- la maggior parte di coloro che si pone il problema della contraccezione, si affida al coito interrotto;
- chi usa il condom lo fa solo sporadicamente.

E' importante ancora considerare che, a fronte di una generale diminuzione del numero delle IVG nella popolazione generale, le interruzioni di gravidanza nelle ragazze fino a 19 anni, sono passate dal 4,5/1.000 dei primi anni novanta, al 7,1/1.000 del 2005 (Istat 2005).

Si può dunque concludere che, nonostante la mole di interventi in questo ambito, in termini di prevenzione di comportamenti sessuali a rischio dei giovani, o si è fatto molto poco, o quello che è stato fatto non ha avuto i risultati sperati.

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

Pur essendo molto discussa la possibilità di valutare l'efficacia degli interventi sia per l'insufficienza di indicatori validati, che per la difficoltà di applicare un disegno sperimentale rigoroso ad interventi su ampia scala, una revisione sistematica condotta su 26 studi controllati randomizzati pubblicata sul *British Medical Journal* nel 2002, conclude che non abbiamo a disposizione un intervento di provata efficacia per affrontare il problema dell'alta percentuale di gravidanze in adolescenti in Gran Bretagna, USA, Canada (2).

Il programma per la valutazione delle tecnologie sanitarie del Servizio sanitario inglese (*Health Technology Assessment HTA*) ha prodotto nel 1998 una doppia revisione sistematica, per valutare l'efficacia degli interventi di promozione della salute nelle scuole (6). Per quanto riguarda la sessualità è stato messo in evidenza che la maggior parte degli interventi *efficaci* comprendeva:

- l'introduzione di ambulatori scolastici che forniscono consulenze su contraccezione e sesso sicuro, coordinando la propria attività con quelle di educazione sessuale nelle classi;

- l'attuazione di programmi che si avvalgono di "educatori tra pari";
- il coinvolgimento dei genitori.

La già citata *Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi*, approvata dal Parlamento Europeo nel giugno 2002 (9), dà alcuni suggerimenti per le ricerche future:

- Sarebbe utile analizzare l'esperienza dei Paesi Bassi, caratterizzata dal minor tasso di gravidanze nelle adolescenti. Questo risultato viene spiegato dagli autori olandesi con la diffusione dell'educazione sessuale, il carattere aperto della discussione sulla sessualità nei mass-media, la presenza di servizi per la contraccezione di facile accesso e di metodologie di educazione alla contraccezione legate all'esperienza reale dei gruppi bersaglio.
- Pochi interventi di educazione sessuale sono disegnati con il contributo attivo degli adolescenti bersaglio. Viene sottolineato come i programmi di educazione sessuale dovrebbero mostrare meno enfasi sull'anatomia e sulle tattiche per suscitare timori, mentre dovrebbero essere più giocosi e finalizzati a migliorare comunicazione e capacità di negoziazione nelle relazioni sessuali.

Kirby, nel 2001, ha effettuato una revisione sistematica aggiornata di un'ampia gamma di programmi educativi per la prevenzione delle gravidanze e delle malattie a trasmissione sessuale nelle adolescenti, realizzati negli USA e in Canada dal 1980 in poi (7). Sono risultati efficaci quei programmi che presentano queste caratteristiche:

1. Sono finalizzati alla correzione di un piccolo numero di comportamenti sessuali a rischio.
2. Utilizzano approcci teorici che hanno dimostrato la loro efficacia nell'influenzare altri comportamenti a rischio per la salute (*Teoria dell'inoculazione sociale di Homans, 1965; Teoria dell'azione ragionata di Fishbein e Ajzen, 1975; ecc.*) (3)¹.
3. Danno messaggi chiari.
4. Danno informazioni di base.
5. Sviluppano la capacità degli adolescenti a resistere alle pressioni sociali.
6. Migliorano la competenza comunicativa, di negoziazione e la capacità ad opporre rifiuti.

¹ Queste teorie indirizzano verso antecedenti individuali correlati alla sessualità. Quando applicate ai comportamenti sessuali sostengono che una persona più probabilmente si asterrà dai rapporti sessuali o userà il condom se: 1) crede che i benefici di tali comportamenti superano i costi; 2) crede che altre persone, significative per lui, ritengono positivo astenersi dal sesso o usare il condom; 3) crede di essere capace a resistere a pressioni interne ed esterne; 4) ha una reazione emotiva positiva nel mettere in atto comportamenti protettivi; 5) ha l'abilità necessaria ad attuare comportamenti protettivi.

7. Utilizzano varie strategie finalizzate a coinvolgere i partecipanti e a personalizzare l'informazione.
8. Utilizzano metodologie interattive.
9. Hanno una durata adeguata (più che poche ore).
10. Si avvalgono di insegnanti o *peer leaders* adeguatamente formati.

Relativamente all'opportunità di far partecipare gli insegnanti ai programmi di prevenzione, uno studio controllato randomizzato ha valutato in Scozia l'efficacia del programma *Sexual Health and Relationships: Safe, Happy and Responsible* (SHARE) (10), basato sull'attività di insegnanti specificamente formati che applicano nelle classi pacchetti di attività rivolte ad allievi di 13-14 anni e di 14-15 anni. Paragonato ad un programma convenzionale, il programma SHARE ha mostrato un modesto effetto positivo sulla qualità delle relazioni affettive, ma nessun effetto sull'uso del profilattico tra gli adolescenti che avevano rapporti sessuali e che costituivano un terzo del totale.

CONCLUSIONI

In sintesi i risultati disponibili indicano che complessivamente l'efficacia dei progetti aumenta se vengono rivolti all'utenza giovanile interventi articolati ed integrati tra scuola, famiglia e strutture sanitarie. In modo particolare l'efficacia aumenta se vengono contemporaneamente implementate le seguenti attività:

- Counselling facilmente fruibile dai ragazzi
- Coinvolgimento di peer educators
- Incontri nei gruppi classe
- Coinvolgimento di insegnanti.

Lo sviluppo di interventi educativi di provata efficacia richiede anche però una comprensione della natura e dell'estensione del fenomeno, così come l'individuazione dei *determinanti* che spingono i gio-

vani verso comportamenti a rischio. Da ciò deriva che l'educazione sessuale non può essere intesa come semplice trasmissione di informazioni, ma va inquadrata nell'ambito più globale dello sviluppo delle capacità comunicative e relazionali della persona (1, 5).

BIBLIOGRAFIA

1. Del Re G, Bazzo G. "Educazione sessuale e relazionale-affettiva". Erickson, Trento, 1997.
2. Di Censo A et al. "Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials". *BMJ*, 324, 1426-35, 2002.
3. Fisher JD, Fisher WA. "The Information - Motivation - Behavioral Skills Model of AIDS risk behaviour change: Empirical support and application". In Oskamp e Thompson, 1996.
4. Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S et al. "Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti". Roma, Rapporti ISTISAN; 2000.
5. Green LW, Kreuter MW. "Health promotion planning: an educational and ecological approach". Mountain View. Mayfield Publishing; 1999.
6. Lither-Sarp D et al. "Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews", NHS R&D Health Technology Assessment programme Southampton: HTA; 1998.
7. Kirby D. "Emerging Answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy". USA, 2001, come citato in www.teenpregnancy.org (visto 06/2008).
8. Pellai A. "I comportamenti a rischio nella popolazione degli adolescenti scolarizzati del Nord Italia", Ricerca realizzata nell'ambito del III Progetto Nazionale Prevenzione HIV (ISS), 2000 (non pubblicato).
9. Van Lancker Anne EM. "Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi". Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità. Parlamento Europeo, 2002.
10. Wight D et al. "Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial". *BMJ*, 324, 1430-6, 2002.

ADOLESCENTI IN CONSULTORIO: UNO SPAZIO PER L'INFORMAZIONE CONTRACCETTIVA

Luisa Barbaro*, Lucia Natoli**, Antonella Debora Turchetto***

* Ginecologo, Resp. U.O. Consultori familiari, area Metropolitana e Ionica,
Dir. Consultorio Fam. "Via del Vespro", ASL 5, Messina

** Assistente sociale, Psicologo, Direttore USSM, Messina ¹

*** Ginecologo Psicoterapeuta, Consultorio Adolescenti, Venezia

INTRODUZIONE

E' ampiamente noto come vi sia un'informazione insufficiente sulla contraccezione tra gli adolescenti, e non solo. Ciò pone l'esigenza di promuovere azioni di informazione e sensibilizzazione finalizzate a rendere le adolescenti consapevoli del rischio di rapporti sessuali non protetti, per prevenire eventi traumatici quali la gravidanza indesiderata e l'aborto. I soggetti più a rischio di IVG sono certamente le giovanissime. In Italia circa 7/1.000 donne tra i 15 e i 19 anni hanno un aborto volontario costituendo un'anomalia, in quanto, nonostante il fenomeno nella popolazione generale sia in calo da 20 anni, raggiungendo uno dei tassi di abortività più bassi in Europa (9,3 IVG ogni 1.000 donne), ciò nelle adolescenti non avviene.

Purtroppo anche negli anni duemila molti adulti (genitori ed insegnanti) accettano l'idea che i ragazzi e le ragazze si emancipino in diverse aree della loro vita, ma hanno difficoltà a riconoscere il loro diritto alla sessualità e il proprio ruolo informativo.

E' compito istituzionale del consultorio sviluppare gli spazi per l'informazione contraccettiva, sia all'interno che all'esterno del servizio, coinvolgendo non solo le scuole, ma i luoghi di aggregazione

giovanile nel territorio, dove si possono raggiungere sia gli adolescenti che non frequentano la scuola, sia i maschi, che in genere non accedono al servizio consultoriale.

Gli obiettivi che lo Spazio Adolescenti deve prefiggersi sono:

1. la diffusione di una informazione corretta sulla contraccezione per la prevenzione dell'IVG;
2. la promozione per l'uso consapevole della contraccezione all'interno di un progetto di educazione alla salute;
3. la protezione dalle malattie sessualmente trasmesse.

ANALISI DELL'UTENZA E TIPOLOGIA DELLA DOMANDA

Dal 1997 al 2007 si sono rivolte al servizio con richiesta di consulenza contraccettiva 8.100 adolescenti in età tra i 15 ed i 25 anni, con fascia prevalente compresa tra i 17 ed i 21 anni.

La tipologia della domanda si può così suddividere:

1. nel 61% dei casi richiesta di informazioni, di consulenza sessuologica e ginecologica, e richiesta di consulenza sulla contraccezione con prescrizione di contraccettivo;

¹ Il lavoro è dedicato alla memoria della Dr.ssa Natoli, coautrice, amica e compagna appassionata nella raccolta dei dati dei questionari per adolescenti negli ultimi 10 anni, deceduta nel rogo di Patti (ME) il 22.08.2007.

2. nel 30% prevenzione delle MTS e colposcopie, controlli senologici e istruzione all'autopalpazione;
3. nel 5% richiesta di assistenza alla gravidanza ed al puerperio;
4. nel 3% consulenza e prescrizione di contraccettivi d'emergenza e informazione su controlli pre e post IVG.

ACCOGLIENZA

L'accoglienza si attua con una modalità che tiene conto delle esigenze espresse dalle adolescenti e dei dati di osservazione emersi nel lavoro con l'utenza giovanile. Un interrogativo, che ci si è posto nell'organizzare lo spazio, ha riguardato infatti la *forma* che avrebbe dovuto assumere la presenza dell'operatore del Consultorio nel rapporto con i ragazzi e le ragazze. È emersa la necessità di *reinventare* la relazione, dandole la forma della vicinanza, in maniera molto più forte rispetto al rapporto che si instaura con l'utenza adulta.

L'accoglienza è caratterizzata da:

1. accesso libero, senza appuntamento e prenotazione, svincolato da prassi burocratiche che provocano nei ragazzi paura e distanza dai servizi;
2. ricevimento anche in orario pomeridiano nei giorni di apertura del Consultorio;
3. attivazione di un servizio di consulenza telefonica bisettimanale in orario pomeridiano, nell'ultima ora di attività del Consultorio.

L'accoglienza viene curata dall'assistente sociale, che ha il compito di effettuare un primo incontro per l'ascolto e funge da importante filtro per la comprensione della domanda individuale e per il collegamento con gli altri operatori dello stesso servizio. Alla base della comunicazione tra gli operatori e l'adolescente deve essere sotteso un preciso messaggio: *"tu sei in un percorso di crescita e di assunzione di responsabilità che può farti sentire sola ed incerta. Hai a disposizione degli adulti "esperti" che possono esserti di aiuto; puoi, se vuoi, rivolgerti a loro"*.

CONSULENZA E VISITA GINECOLOGICA

Il colloquio medico affronta il dialogo con l'adolescente "abbandonando" il linguaggio scientifico, ed è molto importante soprattutto per quelle adolescenti che sono in procinto di avere il primo rapporto sessuale e che devono essere adeguatamente informate sui metodi anticoncezionali da utilizzare.

INFORMAZIONE DI GRUPPO

All'incontro individuale segue l'offerta di incontri di gruppo, finalizzati a promuovere l'informazione sulla contraccezione, anche come aspetto di educazione alla salute per la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

Il gruppo come strumento di informazione si rivela *spazio* efficace di confronto tra ragazze/i, che con la guida di un operatore costruiscono uno spazio di condivisione delle esperienze, delle paure ma anche dei desideri e dei sogni. Il gruppo può assumere, quindi, la funzione di spazio mentale per parlare di eventi e di emozioni in un clima di confidenzialità ed in un'atmosfera in cui l'operatore si avvicina con cautela, capace di non dare "insegnamenti", ma viceversa, di tollerare i sentimenti ambivalenti degli adolescenti. All'interno del gruppo il tema della sessualità e della contraccezione viene affrontato con un linguaggio semplice, che dà spazio alle emozioni; vengono esclusi il linguaggio sia medico che etico.

Gli incontri di gruppo, attraverso "l'offerta attiva", sono più facilmente realizzabili nelle scuole, con i "gruppi classe" di ragazzi e ragazze, in una età compresa tra i quindici ed i diciotto anni, anche se appare sempre più importante anticipare i corsi di educazione all'affettività nella scuola media inferiore. All'interno della scuola, per ottenere risultati positivi, si è rivelata importante la condivisione e la partecipazione al progetto da parte dei docenti, in quanto le tematiche sessuali, come la contraccezione, l'aborto, le malattie a trasmissione sessuale, sono talmente complesse e coinvolgenti che richiedono un impegno a tutto campo con la messa in gioco del nostro modo di essere adulti, sia come genitori che come operatori nei diversi ambiti di lavoro in cui siamo impegnati. Nella scuola, inoltre, appare interessante la peer education, che attraverso lo scambio di informazioni tra studenti ed i loro leaders, promuove diffusione e condivisione di conoscenze. Tale attività deve quindi essere considerata tra i compiti istituzionali prioritari del Consultorio, e deve essere promossa in sinergia con gli organismi scolastici, come perfettamente descritto nel DM del 24 aprile 2000, "Adozione del progetto obiettivo materno infantile" relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000", ancora vigente dove, tra l'altro, vengono definiti per il Consultorio, oltre i compiti generali per la Salute Riproduttiva, tre compiti strategici, funzionali ad azioni preventive "spalmate su tutta la popolazione": il percorso nascita (tutto il periodo fertile), lo screening per la prevenzione del cervico-carcinoma (25-65 anni) e, per l'appunto, l'adolescenza (spazio adolescenti e corsi di educazione sessuale).

CONSIDERAZIONI DI PROSPETTIVA: COME RIORGANIZZARE LO SPAZIO ADOLESCENTI NEL CONSULTORIO FAMILIARE?

Attraverso il lavoro condotto e l'esperienza acquisita possiamo individuare le azioni efficaci per il perseguimento dell'obiettivo:

- 1) organizzazione di corsi di educazione alla salute ed alla sessualità
 - all'interno del servizio, rivolti ai genitori, agli adolescenti, con il coinvolgimento dell'équipe;
 - in collaborazione con le scuole medie superiori, con il coinvolgimento dei docenti referenti alla salute e dell'équipe consultoriale;
 - nei quartieri, presso i luoghi di aggregazione giovanile, in collaborazione con l'associazionismo e gli attori sociali che operano nelle realtà territoriali;
- 2) attivazione in Consultorio dello spazio adolescenti
 - consulenza individuale, medica, psicologica, sociale;
 - consulenza individuale e di gruppo a genitori ed insegnanti;
 - incontri di gruppo con adolescenti.
- 3) somministrazione di questionari, in Consultorio, a scuola, nei luoghi di aggregazione strutturata per adolescenti finalizzati a conoscere il livello di informazione e le abitudini sessuali;
- 4) organizzazione di uno spazio aperto (senza appuntamento, a richiesta spontanea, sia individuale che di coppia, in orari diversi da quelli di ricevimento delle adulte) e supportato da strumenti di comunicazione divulgativi (depliant, videocassette, questionari, ecc.).

COMPLIANCE ALLA CONTRACCEZIONE IN ADOLESCENZA

Una migliore accettabilità e compliance delle adolescenti rispetto alla contraccezione e alla prevenzione delle MST può essere ottenuta con:

- un ascolto attento e disponibile da parte di un operatore comprensivo, preparato e, in assoluto, non giudicante;
- la comprensione, in via preliminare, della conoscenza che l'adolescente ha sui metodi contraccettivi, le eventuali paure, i preconcetti, le informazioni distorte;
- azioni mirate a correggere le informazioni scorrette soprattutto per quanto concerne i rischi e

gli effetti collaterali della contraccezione ormonale orale;

- istruzioni comprensibili, dettagliate, complete, sullo schema terapeutico dei diversi anticoncezionali;
- personalizzazione del metodo contraccettivo con la individuazione chiara dei vantaggi fondamentali, degli effetti collaterali, della tecnica di uso corretta, dei possibili inconvenienti e dei modi con cui evitarli;
- controlli periodici ridotti al fine di non far percepire senso di dipendenza dagli adulti o eccessiva medicalizzazione.

CONCLUSIONI

Abbiamo cercato di dimostrare come oggi, ad una sessualità molto precoce, non corrisponda un'adeguata informazione che permetta alle adolescenti di evitare i rischi legati alla disinformazione, primo tra tutti la gravidanza indesiderata e le malattie a trasmissione sessuale.

Alle proposte di informazione che i servizi già loro offrono, deve aggiungersi un importante messaggio da trasmettere alle mamme, affinché accompagnino le figlie dopo la prima mestruazione, dal ginecologo consultoriale o dal medico di propria fiducia.

Il primo incontro tra questi e l'adolescente non deve necessariamente concludersi con una visita medica, ma deve aprire uno spazio di ascolto e di dialogo della durata necessaria (15-45 minuti) affinché la ragazza abbia un riferimento di fiducia, diverso dai genitori o dalle amiche, prima del momento in cui avrà il primo rapporto sessuale.

Gli operatori consultoriali, nella cui formazione è "obbligatoria" la componente relativa agli adolescenti, e più in generale coloro che lavorano con gli adolescenti, in quanto adulti competenti, non banalizzeranno mai le domande, i dubbi, le emozioni di chi si rivolge ai servizi, in quanto con l'esperienza è maturata una forte consapevolezza sulla delicatezza della fase adolescenziale, una fase da riconoscere e rispettare, soprattutto quando ragazze e ragazzi si confrontano con il proprio corpo, con le proprie risposte fisiche, con l'innamoramento che prelude l'intimità sessuale.

Solo così, gli adulti, genitori, insegnanti, operatori, tutti i medici, potranno aiutare l'adolescente a vivere una sessualità serena, superando l'eterno "conflitto tra sesso e castità."

CONTRACCEZIONE NELLE TEENAGER

ESPERIENZA DEL CONSULTORIO AIED DI GENOVA

Carta Ernestina, Godani Albina

Ginecologa, consultorio AIED, Genova

INTRODUZIONE

Non c'è dubbio che la contraccezione rappresenta un tema importante nelle teenager. Tutte le indagini effettuate in questi anni sul comportamento degli adolescenti in tema di sessualità e contraccezione hanno evidenziato in Italia una realtà complessa che, se da un lato si caratterizza per un numero sempre maggiore di adolescenti che si dichiarano sessualmente attive, dall'altro evidenzia una informazione abbastanza diffusa ma molto generica e pertanto imprecisa riguardo la contraccezione.

D'altra parte la difficoltà ad assumere in modo responsabile la gestione della propria sessualità ed i concetti di prevenzione e pianificazione sono spesso estranei alla realtà degli adolescenti, e ciò si accompagna spesso ad un uso saltuario del metodo contraccettivo o ad una sospensione con un ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza in numero maggiore, in questa fascia d'età piuttosto che in età superiori (4, 6).

MATERIALI E METODI

Per avere un panorama più ampio possibile delle adolescenti che fluiscono al consultorio AIED di Genova, abbiamo estrapolato i dati dalle diverse attività che gli operatori svolgono: corsi di educazione sessuale nelle scuole, prescrizioni della contraccezione d'emergenza (EC), ambulatorio ginecologico, attraverso la modulistica utilizzata (questionario anonimo nelle scuole, moduli prestampati per la EC e cartelle mediche ginecologiche).

Corsi di educazione sessuale

Da parecchi anni l'AIED fa interventi di educazione sessuale, ed essi sono stati richiesti da varie scuole: alcuni licei e medie inferiori, molti istituti tecnici e professionali. Questi ultimi hanno una popola-

zione a maggioranza maschile per cui nel computo totale vi è una differenza fra maschi e femmine anche se non molto elevata (su un totale di 2.274 questionari il 57% erano maschi ed il 43% femmine).

Negli ultimi 15 anni è diventata nostra abitudine somministrare un breve questionario anonimo nelle singole classi prima dell'incontro programmato con lo scopo di permettere agli operatori un intervento mirato alle esigenze del gruppo-classe.

Nel questionario sono richiesti tra l'altro l'età, il sesso, se hanno rapporti sessuali, eventuale contraccettivo in uso, se utilizzano il consultorio.

Contraccezione d'emergenza

Come tutti i consultori anche l'AIED dà ampio spazio alla consulenza gratuita ed immediata per una richiesta di contraccezione d'emergenza.

Da sempre, ad accogliere la richiesta è una delle consulenti - figura storica dell'AIED - personale non sanitario ma adeguatamente preparato, che raccoglie i dati in maniera omogenea attraverso la compilazione di moduli prestampati in cui è richiesta l'età, il contraccettivo in uso, la data dell'ultima mestruazione, la motivazione della richiesta. Al ginecologo presente non resta altro che effettuare la prescrizione.

Cartelle ambulatorio ginecologico

Dal 2003 le cartelle dell'AIED sono computerizzate; è quindi facile farne un esame statistico.

RISULTATI

Corsi di educazione sessuale

Per poter valutare meglio i dati che ci interessano abbiamo messo a confronto 2 anni: 1995 e 2004 in modo da poter confrontare campioni il più possi-

bile omogenei: stesse scuole (istituto professionale), stessa età (dai 15 ai 16 anni) e stesso numero di studenti.

La prima cosa evidenziata è l'aumentato numero di coloro che dichiara di avere rapporti sessuali:

- nel 1994, su 298 giovani, erano il 24% dei maschi ed il 19% delle femmine;
- nel 2004 su 357 giovani erano diventati il 44% dei maschi ed il 31% delle femmine.

Di questi dichiarano di usare la contraccezione in modo stabile il 93% nel 1994 ed il 91% nel 2004.

Per quel che riguarda il tipo di contraccezione utilizzata, il preservativo passa dal 67% nel 1994 al 76% nel 2004, mentre diminuisce l'utilizzo della pillola, dal 19% al 10%, e anche il ricorso al coito interrotto e ai metodi naturali, rispettivamente dal 27% al 7% e dal 14% al 10%.

La conoscenza-frequenza dei consultori è sempre molto bassa, e si attesta intorno al 7%.

Contracezione d'emergenza

Nel 2007 sono state prescritte 1.295 ricette di EC, e di queste 452 (quasi il 35%) a ragazze dai 14 ai 19 anni (l'8% erano straniere) così distribuite: 2.4% a quattordicenni (vi sono comprese 2 ragazze ancora nei 13 anni); 8.6% a quindicenni; 18.4% a sedicenni; 28.8% a diciassettenni; 19.9% a diciottenni; 21.9% a diciannovenni (Fig. 1).

C'è qui un dato importante: le ragazze di 17 anni sono le più rappresentate.

Il motivo più frequente della richiesta è il fallimento del condom, soprattutto rotto, ma anche sfilato, chiaramente mal utilizzato.

Abbiamo confrontato questi dati con quelli di 10 anni prima (anno 1997): il numero di prescrizioni era solo lievemente inferiore (1.164), le teenager erano 343 (il 30% circa), non vi erano straniere, era più alta la percentuale delle 19 e 18enni del 5% circa, mentre le 17 e 16enni erano di poco inferiori, ed invariate le 15 e 14enni.

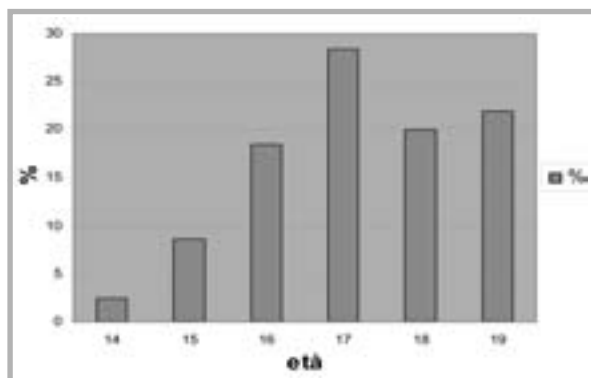


Figura 1: Prescrizioni di EC in minori (n = 452), per anno di età.

Cartelle ambulatorio ginecologico

Dal 2003 al 2007 sono state fatte 13.000 prime visite; di queste 2.145 (1.3%) sono state fatte a ragazze di età inferiore ai 20 anni, di cui il 15% straniere, così suddivise: 14 anni: 48; 15 anni: 168; 16 anni: 297; 17 anni: 470; 18 anni: 576; 19 anni: 586 (Fig. 2).

Di queste 385 non ha ancora rapporti, 236 ha avuto i primi rapporti a 14 anni, 439 a 15 anni, 430 a 16 anni, 343 a 17 anni, 166 a 18 anni, 32 a 19 anni e 76 ad età inferiore ai 14 anni, mentre di 38 non sappiamo (Fig. 3).

Il contraccettivo in uso più rappresentato è il condom, usato da 1.145 giovani; 148 adottano già la contraccezione ormonale; delle altre 235 la maggior parte si affida al coito interrotto, una ha lo IUD, 5 usano metodi naturali, 141 non usano nessun metodo. Delle 49 che restano, 4 ragazze desiderano una gravidanza, una è nel post-parto, le altre dichiarano di non aver rapporti in quel periodo.

La visita è stata richiesta principalmente per questi motivi:

- 1) Contracezione 54%;
- 2) Controllo;
- 3) IVG 7%;
- 4) Terapia (irregolarità mestruali - dismenorrea - affezioni genitali) nella restante percentuale.

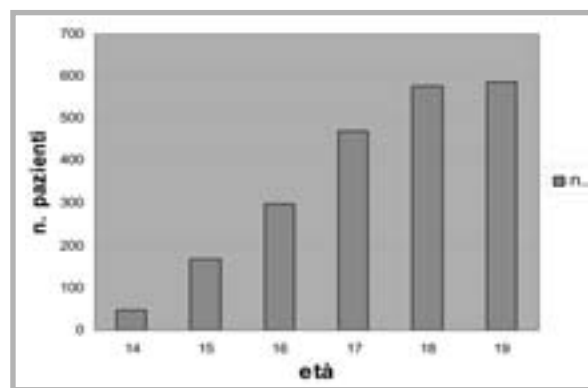


Figura 2: Età della prima visita ginecologica in 2.145 giovani 14-19 anni.

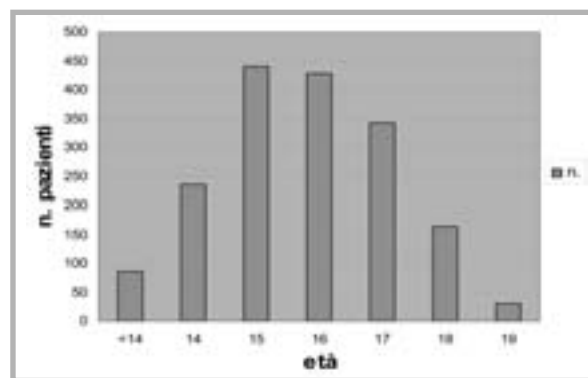


Figura 3: Età del primo rapporto in 2.145 giovani 14-19 anni.

La contraccezione richiesta è chiaramente quella ormonale, soprattutto da parte delle utilizzatrici del preservativo, ma anche da ragazze che non hanno ancora avuto rapporti o da quelle che avevano dovuto utilizzare la EC.

Per quanto riguarda le 232 richieste di IVG, 161 provengono da minori. Mettendo a confronto i dati del nostro consultorio dal 1996 al 2007 (Fig. 4), notiamo che vi è con continuo e costante aumento di giovani straniere.

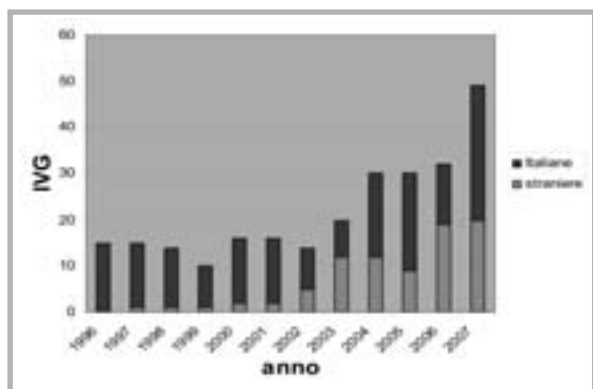


Figura 4: Andamento delle IVG nelle minori dal 1996 al 2007, distinto per italiane e straniere.

DISCUSSIONE

Analizziamo per prima cosa i dati che abbiamo raccolto nei corsi di educazione sessuale:

- 1) i maschi risultano sessualmente attivi prima delle ragazze, il che fa pensare che abbiano rapporti con donne più grandi e conferma comunque il dato nazionale (5);
- 2) la diminuzione dell'uso dei contraccettivi va letta tenendo conto che in questi istituti professionali è aumentata la presenza di giovani provenienti dal Sud-America e dal Nord-Africa e, come sappiamo anche dall'attività del consultorio, in queste popolazioni l'uso dei contraccettivi è meno diffuso (2).

Abbiamo visto come l'uso del preservativo sia leggermente aumentato in relazione anche alle campagne per la prevenzione dell'AIDS (3).

Invece la diminuzione dell'utilizzo della contraccezione ormonale indica da una parte un aumento di diffidenza verso la pillola e dall'altra la conoscenza della disponibilità della EC (1).

Poiché l'esistenza della EC è nota, emerge, come da un lavoro recentemente pubblicato dall'AIED (2), la difficoltà che le ragazze e le donne in genere hanno nel reperirla e che le informazioni al riguardo arrivano in maniera confusa con il passaparola tra amiche.

Nell'analizzare i dati sulle adolescenti che utilizzano il consultorio, vediamo che la prima visita è richiesta soprattutto da ragazze maggiorenni, anche se i primi rapporti sessuali si hanno intorno ai quindici-sedici anni o anche prima, ed il motivo di questo sfasamento è da ricercare nella paura che la richiesta contraccettiva consenta al medico, se la ragazza è minorenni, di avvertirne i genitori.

L'età del primo rapporto si è abbassata, aumentando l'uso del profilattico, che spesso viene mal utilizzato. Ci si aspetterebbe dunque un maggior ricorso alla EC anche ad età inferiori, ma ciò non accade per i motivi sopra esposti. Non meravigliamoci, quindi, se negli ultimi anni è in aumento il ricorso all'IVG delle minori e, come dimostra la figura 4, non solo le straniere ma anche le italiane danno il loro contributo.

CONCLUSIONI

Come possiamo notare, i dati sulle adolescenti nell'esperienza del consultorio AIED di Genova si sovrappongono in linea generale a quelli nazionali, e, mentre passiamo da un inizio sempre più precoce dell'attività sessuale, abbiamo un'altrettanta continua riduzione nell'utilizzo della prevenzione contraccettiva. La fiducia che i giovani e i giovanissimi hanno nei confronti delle istituzioni e degli adulti in genere, ci spiega in parte questo comportamento. A nostro avviso è necessario un maggior intervento nel promuovere l'attività consultoriale con interventi nelle scuole, divulgazione e più facile reperimento della EC.

BIBLIOGRAFIA

1. Bruni V, Dei M, Filicetti MF. "La contraccezione per l'adolescente". Riv. It. Ost. Gin., 2, 69-74, 2004.
2. Chiodi S, Scaccianoce A, Carta E et al. "Prevenzione al femminile: cosa fanno le donne? Italiane e straniere a confronto". Riv. Gin, Cons., 19, 3-4, 63-74, 2007.
3. Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. "Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, atteggiamenti e comportamenti". Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 00/7, 65, 2000.
4. Graziottin A. "Adolescenti e Contraccezione: quale prevenzione". Corso ECM Farmacisti, Università Milano, 2007 http://www.alessandragraziottin.it/articoli.php?EW_FATHER=4066&ART_TYPE=AQUOT&ANNO=2007&ew_articolipageNo=
5. Rapporto EURISPES - telefono azzurro, 2007 (<http://www.helpconsumatori.it/news.php?id=16001>) <http://www.azzurro.it/site/rendereec7.html?channel=49>
6. "Relazione sulla salute sessuale e i diritti sessuali e riproduttivi". Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità, Relatrice Anne EM Van Lancker, Parlamento Europeo, 6 giugno 2002.



PRIMO CONGRESSO CONGIUNTO SMIC-SIC

7-9 Maggio 2009

Modena, Forum Guido Manzoni

Le Società per la contraccezione guardano al futuro

Il primo Congresso unitario delle due Società Italiane dedite alla contraccezione, la SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione) e la SIC (Società Italiana della Contraccezione), che si terrà a Modena il prossimo maggio 2009, segna una svolta e dà delle indicazioni.

Le due Società sono un po' diverse per la composizione e per alcuni fini statuari, ma perseguono sostanzialmente l'unico obiettivo comune di migliorare la salute sessuale e riproduttiva delle donne e delle coppie in Italia.

I temi congressuali saranno di ampio respiro, ed affronteranno vari ambiti della contraccezione, incluso uno sguardo al suo utilizzo tra le donne immigrate nel nostro Paese.

In ogni caso il Congresso è un fatto innovativo, il segno di un possibile percorso comune, che verrà chiosato con uno specifico documento.