

Salute sessuale

Daniela Baldassari, Massimo Mirandola, Sara Castiglioni, Sara Carbone,
Marco Sandri

Revisore, Francesco Gallo

Servizio Famiglia - Direzione dei Servizi Sociali - Regione Veneto

Introduzione

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute sessuale è uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale che riguarda l'individuo senza distinzioni di sesso, razza ed età. (1).

Gli studi fanno rilevare come la salute sessuale incida fortemente sul benessere individuale e sociale degli adolescenti, nonché sulla qualità della loro vita (2).

La sessualità in adolescenza è il naturale sviluppo di relazioni ricercate all'esterno dell'ambito familiare. In ogni cultura e in ogni epoca storica la fase adolescenziale è caratterizzata da un allargamento della sfera sociale e dalla ricerca di un legame di coppia con un proprio coetaneo. Da sempre tale legame svolge diverse funzioni psicologiche: aiuta l'adolescente a diventare autonomo, favorendo il distacco emotivo dai genitori e garantendo un adeguato sostegno, facilita la consapevolezza della propria identità sessuale, fornendo un'importante conferma all'immagine di sé, alla propria autostima e all'identità di ruolo sessuale, aiuta a realizzare una sintesi tra tenerezza e sensualità (3). Nonostante queste caratteristiche costanti della sessualità, i comportamenti dei giovani in ambito sessuale sono notevolmente cambiati negli ultimi 40 anni (4-6): l'inizio dell'attività sessuale si è a mano a mano spostato verso età più precoci, si è verificato un incremento di gravidanze in età minorile e di infezioni sessualmente trasmesse ed è aumentato l'uso di alcol o di droghe congiuntamente all'attività sessuale.

È stato rilevato che l'avvicinamento precoce alla sessualità si lega ad un minor uso di preservativi e di altri contraccettivi e ad un alto rischio di gravidanze e di malattie sessualmente trasmissibili. La precocità della prima esperienza sessuale si associa, infatti, ad esperienze non pianificate e non protette e, soprattutto, ad altri comportamenti a rischio (7, 8). I ragazzi che

si avvicinano troppo precocemente alla sessualità e che la considerano una sfida da superare per affermare la propria volontà e libertà sono maggiormente propensi a non utilizzare i contraccettivi e ad associare l'esperienza sessuale all'uso di sostanze (9-12).

Biglan et al. (13), attraverso la valutazione delle risposte di oltre 200 adolescenti americani indagati tramite questionario, hanno evidenziato l'esistenza di una relazione tra il comportamento sessuale a rischio, altri problemi comportamentali e il contesto familiare e dei pari. In particolare, essi evidenziarono come un comportamento sessuale ad alto rischio si associava in maniera significativa all'uso di tabacco, all'assunzione di droghe illecite e di alcol. Inoltre, anche le variabili legate al contesto sociale, inclusi i contatti con amici aventi comportamenti anti-sociali, sono risultate significative per l'associazione.

È noto che l'ambiente in cui i ragazzi crescono determina un certo tipo di comportamento sessuale: il reddito familiare, la natura dei rapporti con le figure parentali, il grado di educazione, la religiosità sono tutti fattori in grado di influenzare l'attività sessuale degli adolescenti (14,15), senza dimenticare l'influenza del contesto scolastico. Alcuni studi, infatti, hanno evidenziato come il rischio di gravidanza sia maggiore tra le ragazze che non amano la scuola (7). Inoltre, le considerazioni e le aspettative personali che i giovani hanno nei riguardi della vita scolastica e del loro futuro sono risultate predittive di gravidanze future. Raphael (16) ha rilevato che l'adozione di un comportamento a rischio è maggiormente prevedibile tra quegli adolescenti che considerano il proprio futuro come contornato da poche opportunità di riuscita piuttosto che tra coloro che si reputano efficienti e competenti. I giovani con una bassa percezione di riuscita nella vita vedono poche alternative future da giustapporre ad una precoce attività sessuale o all'uso di una contraccezione ragionata (17).

Metodi

L'indagine HBSC del 2001/2002 ha inserito nel questionario una serie di domande standardizzate sulla salute sessuale, destinate ai soli giovani di 15 anni, provenienti dall'indagine *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) sul comportamento giovanile a rischio negli Stati Uniti condotta dall'istituzione americana più autorevole nel campo della salute pubblica: i *Centers for Disease Control and Prevention* (18).

Queste domande, sottoposte ad esaustive interviste pilota per verificarne la comprensione, sono state usate per più di un decennio negli Stati Uniti (19, 20) dove hanno prodotto dati affidabili.

Per la delicatezza delle domande qui di seguito riportate ma, soprattutto, per la bassa frequenza di rapporti sessuali negli adolescenti più giovani, le fasce d'età di 11 e di 13 anni non sono state intervistate.

- *Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche “fare l'amore”, “far sesso”...)*

Le risposte possibili erano: Sì, No.

- *L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale completo, tu o il tuo partner avete usato un preservativo?*

Le risposte possibili erano: *Non ho mai avuto rapporti sessuali completi, Sì, No.* Questo quesito dà dei suggerimenti per aiutare il giovane a capire il significato del termine “rapporto sessuale”. Studi sulla validità delle domande hanno dimostrato che le risposte date da soli sono accurate (21) e che la maggior parte dei giovani interpreta i suggerimenti come indicativi di rapporto vaginale.

- *L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale completo, quale/i metodo/i avete usato per evitare una gravidanza?*

Le risposte possibili erano: *Non ho mai avuto rapporti sessuali completi; Non abbiamo usato alcun metodo per evitare la gravidanza; La pillola; Il preservativo; Spray o schiuma spermicida; Coito interrotto (ritirare il pene dalla vagina prima dell'eiaculazione); Altri metodi; Non saprei.*

Com'è possibile notare, il rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmesse (IST) attraverso altre forme di comportamento sessuale non viene rilevato. Inoltre, chiedendo ai giovani se abbiano mai avuto un rapporto sessuale, non si individuano i soggetti che al momento della domanda erano sessualmente attivi e, quindi, a rischio di gravidanza o di contrarre un'infezione sessualmente trasmessa (IST).

Morris et al. (22) ricordano che gli adolescenti hanno difficoltà a ricordare l'uso che fanno dei contraccettivi, anche se si tratta di brevi periodi di tempo, per la non regolarità dell'utilizzo. Inoltre, gli adolescenti potrebbero usare sporadicamente il preservativo, la pillola anticoncezionale o altri metodi, a seconda della situazione o del partner con cui hanno un rapporto sessuale. Infine, se si chiede qual è il loro comportamento tipico, è più probabile che le risposte degli intervistati (sia adulti che giovani) siano influenzate da quelli che sarebbero i comportamenti socialmente accettati o che rientrano nei canoni della desiderabilità sociale.

Risultati e commenti

Esperienza del rapporto sessuale

Livello regionale

I dati a livello regionale mostrano che l'esperienza del rapporto sessuale è stata vissuta dal 23.9% del campione totale dei giovani quindicenni (tab. 15.1). In questa fascia d'età non si rilevano differenze di genere. Infatti, sia i maschi (24.2%) sia le femmine (23.5%) dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, in percentuale pressoché simile.

Ad un confronto con la ricerca HBSC internazionale (23), queste prevalenze trovano una conferma solo a livello di stima globale su tutto il campione, mentre ci sono degli scostamenti a livello di genere. Nello specifico, il dato per l'Italia fa registrare una percentuale globale del 23.8% che può essere considerata in linea con quella regionale. La diversità è, invece, presente in sede di comparazione tra maschi e femmine. In questo caso, la ricerca sul campione nazionale fa emergere i maschi (27.2%) come coloro che hanno avuto più esperienze sessuali rispetto alle femmine (20.5%), in netto contrasto con i dati regionali.

Livello provinciale

In tabella 15.1 vengono presentate le prevalenze provinciali sul fenomeno indagato. La significatività statistica dei dati evidenzia che Rovigo (32.2%) e Venezia (28.6%) sono le province con la stima più alta di giovani quindicenni che riferiscono di aver avuto rapporti sessuali completi. Le restanti province venete hanno percentuali che oscillano tra il 21.6% e il 22.8%. A livello di genere, il confronto tra maschi e femmine non rispecchia l'andamento regionale. Le differenze percentuali tra ragazzi e ragazze sono significativamente disomogenee e altalenanti, nel senso che, in certe province sono le femmine ad attestarsi con una prevalenza più alta di rapporti sessuali riferiti e in certe altre sono, invece, i maschi.

Entrando nel dettaglio, Belluno, Vicenza, Rovigo e Verona possono essere considerate le province in cui la distanza percentuale tra i maschi e le femmine risulta significativamente maggiore per le femmine, mentre nelle province di Treviso, Venezia e Padova il fenomeno si presenta per i maschi.

A livello di analisi tra giovani dello stesso sesso, i dati mostrano che, all'interno della fascia dei maschi quindicenni, il minor numero di rapporti sessuali dichiarati si registrano a Vicenza (19.4%) e a Belluno (19.9%), mentre nella fascia delle femmine loro coetanee va segnalata Treviso (17.5%).

Nella Figura 15.1 sono evidenziate le prevalenze dei giovani quindicenni sessualmente attivi, distinti per sesso e provincia. Com'è possibile notare, i grafici mostrano una differenza di stime nella frequenza del rapporto sessuale che varia in base al sesso e alle province venete.

Le Aziende ULSS

Le differenze percentuali tra le varie Aziende sociosanitarie locali evidenziano una distribuzione disomogenea rispetto al fenomeno dell'aver avuto o meno rapporti sessuali completi (tab. 15.2). Le differenze delle prevalenze sono risultate essere statisticamente significative. La stima più bassa di soggetti che riferiscono di aver fatto questa esperienza si registra nell'Azienda ULSS 4 dell'Alto Vicentino (9.9%), mentre la stima più alta si segnala nell'Azienda ULSS 14 (41.5%). La maggior parte delle realtà locali venete si colloca su valori che oscillano tra i 15.5 punti percentuali delle Aziende ULSS 8 e 15 e i 29.5 punti percentuali dell'Azienda ULSS 5. Prevalenze più elevate, dell'ampiezza del 30, 35%, sono presenti nelle Aziende locali n° 1, 12, 17, 18, 19 e 21.

La Figura 15.2 descrive il fenomeno dell'esperienza del rapporto sessuale completo da parte del campione totale dei 15enni in termini di prevalenze, distinte per Azienda ULSS di appartenenza dei soggetti intervistati.

Uso dei contraccettivi

Livello regionale

Il preservativo, la pillola, il coito interrotto

La percentuale di giovani che riferisce di aver usato un metodo di contraccezione l'ultima volta che ha avuto un rapporto sessuale completo è specificato nella Tabella 15.3.

Chi ha fatto uso del preservativo è il 73.3% dei giovani veneti che hanno già avuto rapporti sessuali completi, con una maggiore prevalenza per i maschi (78.2%) rispetto alle femmine (68.1%). La pillola sembra, invece, avere una minore diffusione: solo l'11% del campione totale dei quindicenni ne ha fatto uso, di cui un 10.4% riferito ai maschi e un 11.6% alle femmine. Infine, il coito interrotto è stato praticato dal 24.6% del campione totale e in maggior numero dalle ragazze quindicenni (29.3%) rispetto ai coetanei maschi (20.2%).

Livello provinciale

Il preservativo

Le prevalenze provinciali riferite al campione globale dei giovani veneti variano dal 69.1% nella provincia di Venezia al 78.5% nella provincia di Treviso (tab. 15.3). La stima è del 70.3% nella provincia di Verona, mentre nelle restanti

province le frequenze si aggirano intorno al 75% o poco più. In quasi tutte le province, il preservativo sembra essere usato in percentuale maggiore dai maschi, fatta eccezione per la provincia di Belluno dove l'uso del profilattico risulta più frequente tra le ragazze. La significatività statistica delle differenze fra i due sessi fa registrare delle ampiezze piuttosto grandi, in particolare nella provincia di Rovigo (95% per i maschi vs 64.5% per le femmine) e nella provincia di Vicenza (84.1% vs 70.1%).

La Figura 15.1 presenta la stima dei giovani di 15 anni che hanno usato il preservativo, distinta per sesso e provincia di appartenenza. Dai grafici è possibile notare come le prevalenze del fenomeno si modifichino notevolmente in ragione del sesso e delle aree geografiche.

La pillola

I dati riferiti alle differenze nell'uso della pillola sono risultati statisticamente significativi con una distribuzione piuttosto disomogenea (tab. 15.3). La stima più alta è quella della provincia di Belluno (21.9%), mentre le percentuali più basse si registrano nelle province di Treviso (7.5%), Padova (7.8%) e Vicenza (8.2%). Le restanti province si situano tra l'11.8% e il 16.7%. L'assunzione della pillola, a differenza del metodo precedente che aveva dimostrato un uso maggiore nei maschi in tutte e sette le province venete, sembra, invece, dividere la realtà veneta in due parti: nelle province di Belluno, Vicenza e Treviso sono i maschi a riferire un utilizzo maggiore di questo metodo nelle loro partner rispetto alle femmine, mentre nelle province di Venezia, Padova, Rovigo e Verona sono le ragazze quindicenni che dichiarano un uso più alto della pillola. Il divario più ampio tra studenti e studentesse va segnalato nella provincia di Verona (5.2% vs 19.2%) e di Belluno (27.8% vs 14.3%).

Il coito interrotto

Sebbene il coito interrotto abbia una bassa o quasi assente copertura contraccettiva è un metodo che viene, comunque, praticato dai giovani quindicenni. Le stime globali vanno dal 15.6% delle province di Belluno e Rovigo al 31.3% della provincia di Venezia. Le restanti province si ripartiscono entro il 21.5% e il 25.7% (tab. 15.3). La significatività statistica dei dati evidenzia differenze di genere abbastanza ampie, tali da caratterizzare il fenomeno al femminile. Il divario più grande si riscontra tra i maschi e le femmine della provincia di Vicenza (9.3% vs 36.4%). Nella fascia delle femmine quindicenni, l'analisi tra i giovani dello stesso sesso fa emergere la provincia di Padova (36.7%) con la percentuale più alta di ragazze che riferiscono di utilizzare questo metodo contraccettivo.

Tabella 15.1 Giovani quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali a livello di provincia

	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	24.2	2.3	23.5	2.3	23.9	1.6
Belluno	19.9	8.4	27.4	12.3	22.8	7.0
Vicenza	19.4	5.3	23.2	4.9	21.6	3.6
Treviso	25.9	5.9	17.5	5.3	22.0	4.0
Venezia	31.7	6.0	25.4	5.5	28.6	4.1
Padova	23.1	4.9	21.3	5.3	22.3	3.6
Rovigo	29.5	11.1	34.2	10.1	32.2	7.5
Verona	21.1	5.0	24.1	5.8	22.5	3.8

Tabella 15.2 Giovani quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali a livello di Azienda ULSS

	CAMPIONE TOTALE 15 ANNI	
	%	IC±
Regione	23.9	1.6
ULSS 1	32.5	14.5
ULSS 2	20.6	10.0
ULSS 3	25.8	7.7
ULSS 4	9.9	5.6
ULSS 5	29.5	8.4
ULSS 6	24.3	7.1
ULSS 7	19.3	7.2
ULSS 8	15.5	7.0
ULSS 9	27.7	6.8
ULSS 10	23.2	7.8
ULSS 12	32.5	7.4
ULSS 13	22.8	7.4
ULSS 14	41.5	9.4
ULSS 15	15.5	6.0
ULSS 16	19.3	5.4
ULSS 17	34.6	9.0
ULSS 18	32.9	10.6
ULSS 19	35.7	11.2
ULSS 20	21.2	5.2
ULSS 21	31.2	10.3
ULSS 22	25.0	7.6

Tabella 15.3 Giovani quindicenni che hanno fatto uso di contraccettivi durante il loro ultimo rapporto sessuale a livello di provincia

	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
Preservativo (condom)	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	78.2	4.4	68.1	5.1	73.3	3.4
Belluno	72.2	20.7	78.6	21.5	75.0	15.0
Vicenza	84.1	10.8	70.1	11.0	75.7	8.0
Treviso	82.4	9.9	72.2	14.6	78.5	8.4
Venezia	70.7	10.3	67.2	11.5	69.1	7.7
Padova	77.2	10.1	68.0	12.9	73.3	8.1
Rovigo	95.0	9.6	64.5	16.8	76.5	11.6
Verona	76.3	10.9	63.5	13.1	70.3	8.5
Pillola	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	10.4	3.3	11.6	3.5	11.0	2.4
Belluno	27.8	20.7	14.3	18.3	21.9	14.3
Vicenza	14.0	10.4	4.5	5.0	8.2	5.2
Treviso	10.5	8.0	2.8	5.4	7.5	5.4
Venezia	10.8	7.1	15.9	9.0	13.1	5.7
Padova	7.6	6.4	8.2	7.7	7.8	4.9
Rovigo	10.0	13.2	19.3	13.9	16.7	10.0
Verona	5.2	5.7	19.2	10.7	11.8	6.0
Coito interrotto	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	20.2	4.3	29.3	5.1	24.6	3.3
Belluno	22.2	19.2	7.1	13.5	15.6	12.6
Vicenza	9.3	8.7	36.4	11.6	25.7	8.2
Treviso	17.5	9.9	27.8	14.6	21.5	8.4
Venezia	20.3	9.2	31.7	11.5	25.5	7.3
Padova	27.3	10.7	36.7	13.5	31.3	8.5
Rovigo	10.0	13.2	19.3	13.9	15.7	10.0
Verona	25.9	11.3	23.1	11.5	24.5	8.0

Figura 15.1 Giovani di 15 anni che hanno avuto rapporti sessuali e che hanno usato il preservativo (condom) a livello di provincia

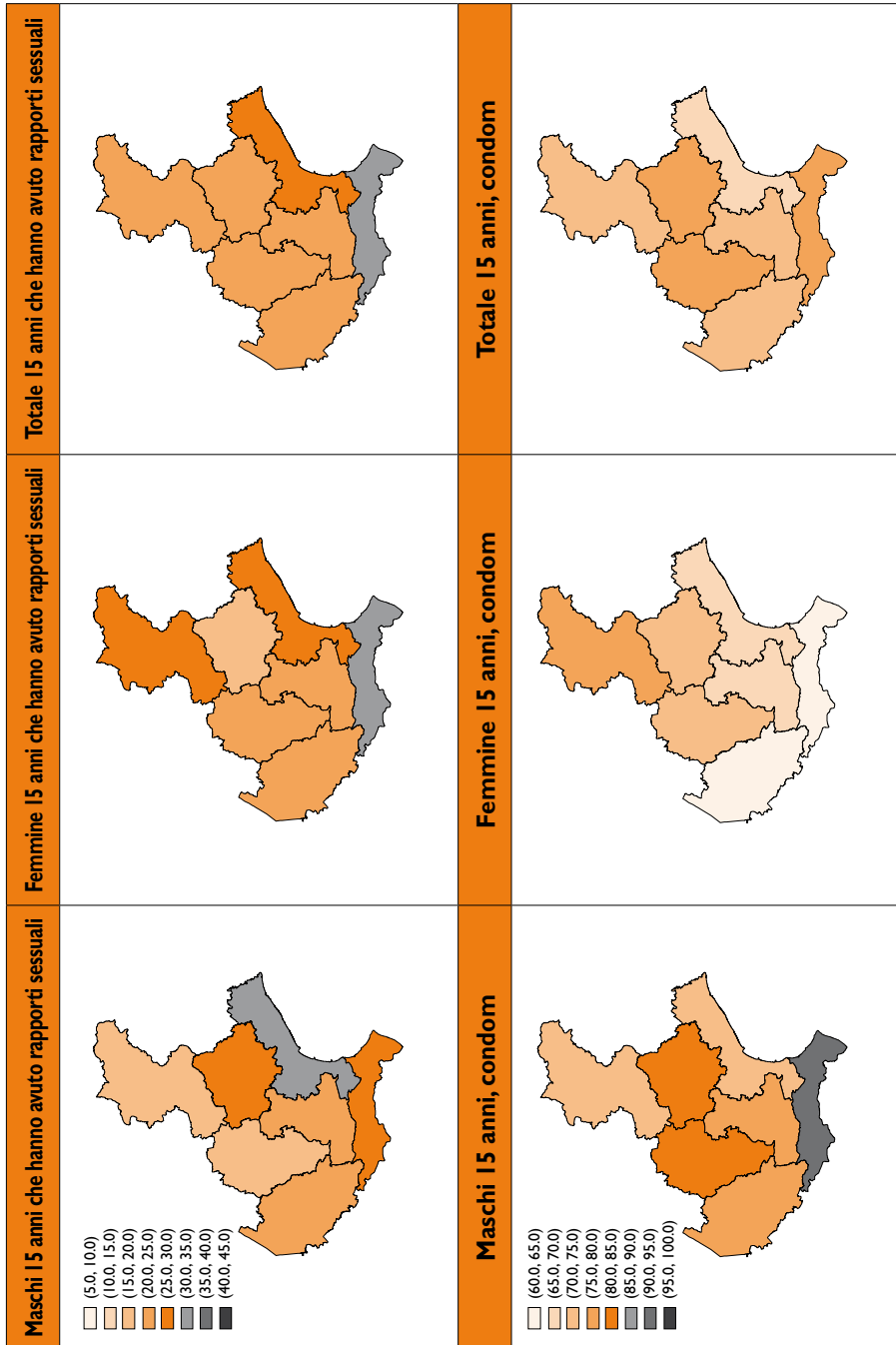
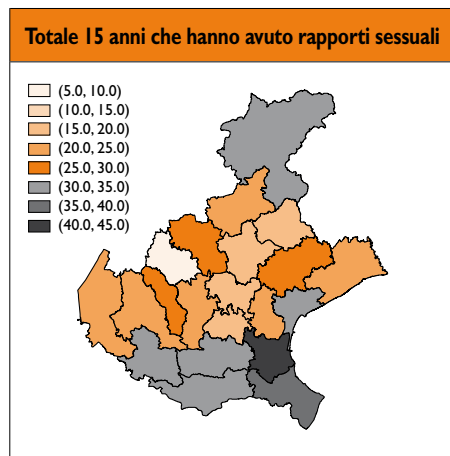


Figura 15.2 Giovani di 15 anni che hanno avuto rapporti sessuali a livello di Azienda ULSS



Implicazioni di politica socio-sanitaria

La salute sessuale e riproduttiva svolge un ruolo cruciale nello sviluppo sociale ed economico di qualsiasi comunità. La promozione della salute sessuale e la lotta ai problemi relativi ad essa sono divenuti delle priorità in molti paesi (24). L'emergenza dell'infezione pandemica del virus dell'HIV, l'aumento della frequenza delle infezioni sessualmente trasmesse e il riconoscimento dell'importanza delle problematiche di violenza hanno evidenziato la necessità di considerare la salute sessuale un'area di lavoro specifica da affrontare con interventi anche a livello intersettoriale.

Negli Stati Uniti l'indagine YRBSS (*Youth Risk Behavior Surveillance System*) monitora sei categorie di comportamenti a rischio per la salute. Una di queste riguarda i comportamenti sessuali in relazione alle gravidanze indesiderate e alla diffusione delle infezioni sessualmente trasmesse. L'indagine ha messo in evidenza come i problemi relativi alla salute sessuale abbiano un impatto sulla morbilità e sui problemi sociali dei giovani (25).

La promozione di una corretta educazione sessuale negli adolescenti mediante lo sviluppo di programmi efficaci nella comunità e nella scuola dipende, in buona parte, dalla capacità di acquisire informazioni sulla natura e l'entità del comportamento sessuale tra i giovani (3). Ci sono sempre maggiori evidenze che spiegano come gli interventi più efficaci, in particolare quelli di tipo ecologico, non si limitino solamente a ridurre i fattori di rischio, ma siano finalizzati anche a promuovere i fattori protettivi (26).

Inoltre, la pratica operativa dimostra come la promozione della salute sessuale debba passare anche attraverso una educazione all'affettività e alla relazione. La maggior parte dei modelli tradizionali di promozione della salute sessuale e di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse si basano sui modelli cognitivo-comportamentali che mirano ad incrementare, in un individuo, le conoscenze su un determinato fenomeno per modificarne l'atteggiamento. Tali modelli presuppongono che sia possibile cambiare le strutture cognitivo-attitudinali di una persona che stanno alla base di un particolare comportamento. Per esempio, questi modelli postulano che un individuo, sufficientemente informato sulla gravità di una data infezione (o delle implicazioni di una gravidanza), sulla propria esposizione personale al rischio di contrarre tale infezione (o concepimento), nonché sui mezzi per prevenirla, necessariamente si attiverà per ridurre il rischio di contrarre l'infezione (o la gravidanza). Molti programmi di prevenzione basati su questi schemi hanno anche usato il *counseling* e altri approcci educativi per influenzare i valori, le percezioni, le motivazioni e gli atteggiamenti di un individuo al fine di incoraggiarlo ad adottare stili di vita sani.

Tuttavia, diversi studi hanno fatto notare che questi modelli vanno incontro ad alcuni limiti (27). Il più importante di tutti è la non considerazione delle variabili di carattere inter-personale e socio-contestuale che, come ben si sa, sono ritenute determinanti nell'influenzare lo sviluppo delle intenzioni e degli atteggiamenti nelle persone.

Sulla base dell'attuale letteratura, i fattori intra-personali che sono stati associati alla salute sessuale degli adolescenti sono: l'autostima, l'immagine di sé e della propria corporeità, la percezione dell'autocontrollo e della propria vulnerabilità; gli stili di vita e i comportamenti a rischio; l'affettività e la capacità di relazionarsi con l'altro diverso da sé (maschile e femminile); gli atteggiamenti verso i genitori, gli insegnanti e la scuola; la partecipazione e il rendimento scolastico.

Studi dimostrano che promuovere l'autostima e una corretta immagine di sé negli adolescenti può aiutarli a ritardare l'inizio della loro prima esperienza sessuale e ad assumere un atteggiamento positivo nei confronti dell'uso del preservativo come metodo di contraccezione (28).

L'istituzione americana più autorevole nel campo della salute pubblica, i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), diffondono programmi (*Advocates for youth, Science*) di promozione della salute sessuale e riproduttiva dei giovani per ritardare l'esordio della prima esperienza sessuale e per incrementare l'uso della contraccezione nella prevenzione della gravidanza e del rischio di contrarre infezioni (29).

Tali programmi, concepiti per un pubblico di giovani dai 9 ai 20 anni di età e della durata massima di tre mesi, hanno rivelato la loro efficacia in vari

ambiti: educativo, territoriale, clinico. I metodi e le tecniche utilizzate sono molteplici: discussione di gruppo, studio di casi, lezioni frontali, *peer education*, *role-play*, ritiri formativi in strutture residenziali, uso di video, studio di campagne di prevenzione, coinvolgimento di figure adulte.

Nella Regione Veneto, i progetti di prevenzione dell'infezione dell'HIV nella popolazione adolescenziale sono stati attuati dai Servizi di Educazione e Promozione della Salute (SEPS) di alcune Aziende Socio-Sanitarie Locali, in particolare dall'Azienda Ulss 4 dell'Alto Vicentino, dall'Azienda Ulss 12 Veneziana, dalle Aziende Ulss 13 di Mirano e Ulss 19 di Adria che hanno lavorato in maniera sinergica nell'improntare modelli informativi ed educativi di intervento nelle scuole (30, 31).

Tra gli obiettivi specifici, quelli di comportamento hanno mirato a facilitare l'adozione di modi di agire preventivi dell'infezione da HIV e ad aumentare la disponibilità ad affrontare correttamente la tematica con gli adolescenti da parte delle figure intermedie significative (insegnanti, operatori socio-sanitari, rappresentanti degli studenti).

Gli obiettivi educativi, invece, sono stati tesi ad aumentare le conoscenze sul tema, modificando gli atteggiamenti connessi; a fornire strumenti aggiornati, didatticamente efficaci e facilmente applicabili da parte delle figure intermedie; ad intervenire sulle fasi di strutturazione dei pregiudizi e delle resistenze alla modifica di comportamenti a rischio, ed infine, a promuovere una riflessione sui temi dell'integrazione sociale delle persone sieropositive.

La metodologia adottata si è focalizzata sulle attività di apprendimento delle abilità preventive (lavoro a piccoli gruppi, *role-play*, ecc.); sulla formazione degli operatori coinvolti e delle figure intermedie significative, attraverso corsi di formazione che utilizzano sia momenti teorici sia metodologie attive (lezioni, discussioni in piccoli gruppi, simulazioni) e sul passaggio di informazioni corrette ed aggiornate, utilizzando materiali didattici su diversi supporti (testi, volantini, lucidi, videocassette, CD ROM) studiati ad hoc, di facile comprensione e fruizione da parte degli studenti.

Va da sé che l'ambito scolastico si sta dimostrando il terreno più fertile per approntare interventi di prevenzione, poiché in esso interagiscono i tre sistemi di riferimento per il bambino e l'adolescente: il gruppo dei pari, gli insegnanti e i genitori.

Con la legge 162/90 è stato affidato alle scuole di ogni ordine e grado il compito di prevenire l'insorgenza dei fenomeni di disagio e di cosiddetta "devianza minorile". Grazie a questa legge sono nati, nel corso dell'ultimo decennio, il "Progetto Giovani" (32); le iniziative "20 studenti", i Centri di Informazione e Consulenza per le scuole superiori; il "Progetto Ragazzi 2000" (33) per le scuole medie inferiori; il "Progetto Genitori" (sostituito dal "Programma Famiglia" a seguito della Direttiva Ministeriale n.463/98) ed il "Progetto Ar-

cobaleno” per le scuole materne. Contemporaneamente si è formata una rete di referenti che operano all’interno dei singoli istituti scolastici con il compito di promuovere, coordinare e organizzare, ai diversi livelli, le attività di Educazione alla Salute.

In numerose scuole le attività di Educazione alla Salute hanno assunto importanza crescente. L’Educazione alla Salute, dov’è organizzata, ha dato la possibilità di trattare argomenti che di solito le materie curriculari non prevedono, ha reso fattibili delle esperienze che andavano al di là dei consueti programmi ministeriali. Sono affrontati temi quali l’educazione sessuale, la prevenzione delle tossicodipendenze, dell’alcolismo e del tabagismo e la prevenzione dell’AIDS. Temi importanti e attuali indagati soprattutto dal punto di vista della promozione della salute e quindi da esperti di settore.

Oltre a ciò la Regione del Veneto con DGR n. 392 del 11.02.05 ha approvato l’Atto di indirizzo ed organizzazione di Consultori familiari e con la DGR n. 389 del 11.02.05 il Progetto Regionale dei Consultori Familiari Pubblici, al fine di rafforzare, a circa trenta anni dall’attuazione della legge regionale 28/77 sui Consultori, tutte quelle funzioni relative alla salute del singolo, della coppia e della famiglia nella sua interezza. In particolare, sono stati creati anche degli spazi dedicati agli adolescenti (ad esempio: Consultorio adolescenti, Spazio adolescenti, Consultorio giovani, ecc.) che costituiscono attività già consolidate e altamente qualificate in molte realtà e che svolgono funzioni di prevenzione, di consulenza e di assistenza sia di tipo sanitario sia di tipo psicologico e sociale.

Anche molti Enti locali del Veneto, sotto la spinta della legge regionale 29 e dell’ex legge nazionale 285/97, attraverso i Centri Giovani e l’Operativa di Comunità, hanno messo in moto percorsi di promozione della salute, di educazione all’affettività e alla relazione e di prevenzione a tutte quelle forme di disagio e di comportamenti scorretti che vanno ad incidere sulla salute dell’adolescente.

Bibliografia

1. www.who.int/aboutwho/en/definition.html.
2. RAPHAEL D., Determinants of health of North-american adolescents: evolving definitions, recent findings and proposed research agendas. *Journal of Adolescents Health*, 1996, 19: 6-16.
3. ROSS J., GODEAU E., DIAS S., VIGNES C., GROSS L., Setting politics aside to collect cross-national data on sexual health of adolescent sexual health in young people - Findings from the HBSC study, SEICUS Report, 2004, vol. 32, 4:28-34.

4. BOWIE C., FORD N., Sexual behaviour of young people and the risk of HIV infection. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1989, 43: 61-65.
5. NOVICK L.F., TERAN S., DOLBEAR G., Sexually transmitted disease in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24 (4): 133-138.
6. NICHOLS H.B., HARLOW B.L., Childhood abuse and risk of smoking onset. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58: 402-406.
7. BONELL C., ALLEN E., STRANGE V., COPAS A., OAKLEY A., STEPHENSON JOHNSON A., The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: testing of hypotheses using longitudinal data from a randomised trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59: 223-230.
8. CROSBY R., LEICHLITER J.S., BRACKBILL R., Longitudinal prediction of sexually transmitted diseases among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18 (4): 312-317.
9. BONINO S., (1999 [2]). Tra volante e ottovolante. La guida pericolosa. *Psicologia Contemporanea*, 154, 18-25.
10. FLANIGAN B.J., HITCH M.A., Alcohol use, sexual intercourse and contraception: an exploratory study. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1986, 31 (3):6-40.
11. ROBERTSON J.A., PLANT M.A., Alcohol, sex and risks of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22(1):75-78.
12. TRAEEN B., LUNDIN KVALEM I., Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 1996, 9(7):995-1006.
13. BIGLAN A., METZLER C.W., WIRT R., ARY D., NOELL J., OCHS L., FRENCH C. & HOOD D., Social and behavioral factors associated with high risk sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 1990, 13: 245-61.
14. KOTCHICK B.A. SHAFFER A., FOREHAND R. & MILLER K.S., Adolescent sexual risk behaviour: multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 2001, 21, 493-519.
15. TURNER R., IRWIN C., TSCHANN J., & MILLSTEIN S., autonomy, relatedness, and the initiation of health risk behaviours in early adolescence. *Health Psychology*, 1993, 12, 200-208.
16. RAPHAEL D., Determinants of health of North-American adolescents: Evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 1996, 19: 6-16.
17. ORTON M.J., & ROSENBLATT E., Adolescent Pregnancy in Ontario: Progress in Prevention (Report 2). 1986, Hamilton: McMaster University, School of Social Work, 126.
18. KOLBE L.J., KANN L., COLLINS J.L., Overview of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Public Health Reports*, 1993, 108(Supplement 1):2-10.
19. BRENER N. et al. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141(6):575-580.
20. BRENER N., KANN L., et al. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31:336-342.
21. ORR D.P., FORTENBERRY J.D., BLYTHE M., Validity of self-reported sexual behaviors in adolescent women using biomarker outcomes. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:261-266.
22. MORRIS L., WARREN C.W., ARAL S.O., Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes. *Public Health Reports*, 1993, 108(Suppl. 1):31-36.

23. CURRIE C., ROBERTS C., MORGAN A., SMITH R., SETTERTOBULTE W., SMADAL O., BARNEKOW RASMUSSEN V., Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. WHO Europe 2004.
24. Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals. A framework for implementing the WHO Global Reproductive Health Strategy. Department of Reproductive Health and Research - World Health Organization, 2006.
25. EATON D.K., KANN L., KINCHEN S., ROSS J., HAWKINS J., HARRIS W.A., LOWRY R., McMANUS T., CHYEN D., SHANKLIN S., LIM C., GRUNBAUM J.A., WECHSLER H., Youth risk behavior surveillance-United States, 2005. *MMWR Surveill Summ.* 2006, 55(5):1-108.
26. Risk and Protective Factors affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries. An analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world. Department of Child and Adolescent Health and Development Family and Community Health. World Health Organization, 2004.
27. MATICKA-TYNDALE E., Can we? Have We? Prevention of sexual transmission of HIV. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1995, 4(2): 79-10.
28. CHEESBROUGH S., INGHAM R., & MASSEI D., A review of the international evidence on preventing and reducing teenage conceptions: The United States, Canada, Australia and New Zealand. London, GB: Health Education Authority, 1999.
29. Rapporto: Science and Success: Sex Education and Other Programs That Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infection. Advocates for youth, Science, www.cdc.gov/reproductivehealth/AdolescentReproHealth/index.htm.
30. DGR n.3158/1999 "Progetti di Educazione alla Salute presentati dalle Aziende ULSS del Veneto per gli anni 1998/99. Riparto.
31. DGR n.2583/2001 "Progetti di Educazione alla Salute: modalità per l'assegnazione dei finanziamenti regionali" – Progetti presentati dalle Aziende ULSS – Riparto dei contributi per l'anno 2001.
32. Circolare del Ministero della Pubblica Istruzione n.241 del 2 agosto 1991.
33. Circolare del Ministero della Pubblica Istruzione n.240 del 2 agosto 1991.

Summary

Sexual health

Introduction

According to the World Health Organization, sexual health is part of the individual's physical, emotional, mental and social well-being, regardless of gender, ethnic and age distinction. Sexual health in adolescence is the natural development of relationships sought outside the family. A healthy sexual relationship between two adolescents enhances developmental steps, such as emotional emancipation from parents as part of the process of individualization, the consolidation of sexual identity, self-image and self-esteem, and a balanced combination of tenderness and sexuality.

Despite these developmental characteristics, adolescents' sexual behaviour has changed considerably over the past 40 years: the first experience of sexual intercourse occurs at an earlier age and there has been an increase in teenage pregnancies and sexually transmitted infections (STI), together with an increasing association between sexual intercourse and drug and alcohol use among young people.

The 2001-2002 survey carried out in the Veneto region included a series of standardised items on sexual health, adopted from the Youth Risk Behavior Survey (YRBS) in the United States. Only the 15-year olds surveyed were asked to respond to the sexual health items, because the overwhelming majority of younger adolescents have not yet experienced sexual intercourse and such questions are considered too sensitive for the younger age groups.

Results

At the regional level:

- 23.9% of 15-year olds report having already had experience of sexual intercourse: boys (24.2%) and girls (23.5%) show similar percentages;
- 73.3% of 15-year olds who have already had sexual intercourse report using condoms, with boys (78.2%) using condoms more often than girls (68.1%);
- only 11% of the 15-year sample report having used control pills (10.4% of boys, and 11.6% of girls);
- 24.6% of the 15-year sample report having used withdrawal as a means of contraception (29.3% of girls as opposed to 20.2% of boys).

Comments

As far as experience of sexual intercourse is concerned, examination of national and regional 2001-2002 HBSC study findings shows that the national finding of 23.8% is in line with the regional datum; whereas the national gender difference diverges from the regional finding, as in this case 27.2% of boys have already had

sexual intercourse as opposed to girls (20.5%). The rising spread of the HIV/AIDS epidemic and of STI and the concern for sexual harassment and risk taking have highlighted the need for specific cross-sectoral public health interventions. In particular, teenage pregnancy and sexually transmitted infections cause significant health, social, and economic problems among young people, and are largely preventable through the coordinated efforts of families, schools, health and education agencies, and community organizations. The development of effective, school- and community-based programmes depends in part on gaining information about the nature and extent of sexual behaviour among adolescents. A better understanding is needed of the social and cultural determinants of sexual risk taking, as well as corresponding protective factors, so that interventions can both be comprehensive and effectively targeted. In addition, public health practice indicates that health promotion actions also need to develop educational programmes focused on how to cope with affectivity and sexual desire. Research shows that the promotion of self-esteem and of a good self-image among adolescents may help to postpone the first experience of sexual intercourse and use methods of contraception, such as condoms.

Prospettive per il futuro

È ormai convinzione consolidata che la salute, oltre a costituire un aspetto fondamentale della qualità della vita degli individui, sia anche un bene essenziale per lo sviluppo sociale ed economico. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono comprometterla. Questa è la visione che ha ispirato la stesura del lavoro.

Considerare la Salute come un bene sociale, significa assumere che gli individui e i gruppi possono diventare soggetti attivi nel suo perseguimento, quando siano messi nella condizione di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi.

In questa logica, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario e di altri singoli settori (istruzione, trasporti, occupazione ecc.), ma è primaria responsabilità della politica. Vari studi (1-4) hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute. I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni fisiche dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Si capisce, allora, come gli stili di vita, nel determinare lo stato di salute e il benessere dei giovani e la loro futura salute di uomini, rappresentino solo una delle importanti acquisizioni del moderno approccio alla promozione della salute. La vera sfida è l'azione sulle condizioni di vita in cui i giovani si trovano a crescere.

Il nostro scopo è stato quello di fornire un contributo informativo per quanti si trovino nella condizione di sviluppare programmi e politiche e di decidere azioni in favore dei giovani.

Probabilmente, siamo riusciti solo in parte in questo intento, ma riteniamo che con la prossima indagine, già realizzata ed in fase di analisi, le considerazioni e le informazioni che potranno essere prodotte saranno, verosimilmente, più complete ed articolate, con approfondimenti anche rispetto alle tendenze dei comportamenti.

Se, da un lato, il rapporto sui dati del 2002 contiene molte informazioni positive sulla salute dei giovani, dall'altro lato resta ancora molto da fare. Il coinvolgimento dei giovani nelle politiche che li riguardano resta, ancora, un traguardo da realizzare.

Bibliografia

1. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Millbank Quarterly*, 2004, 82: 101-24.
2. Nazroo JY. Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20: 714-34.
3. Killoran A and Kelly MP. Towards an evidence approach to tackling health inequalities: the English experience. *Health Education Journal*, 2004, 63: 7-14.
4. Office for National Statistics (ONS). Living in Britain: results from the 2002 General Household Survey. London: Stationery Office, 2004.

Elenco delle scuole partecipanti alla ricerca HBSC in Veneto

Centro di Formazione Professionale

Via Palestrini 5 - Cittadella (PD)

Centro di Formazione Professionale

Casa della Gioventù - Via Giovanni XXIII 2 - Valdagno (VI)

Centro di Formazione Professionale Cavanis

Via Campo Marconi 112 - Chioggia (VE)

Centro di Formazione Professionale ENAIP

Via Martiri della libertà 15 - Conselve (PD)

Centro di Formazione Professionale End

Fap Istituto Berna - Via Bissuola 93 - Mestre (VE)

Centro di Formazione Professionale Ferracina

V.le Scalabrini 84 - Bassano Del Grappa (VI)

Centro di Formazione Professionale Istituto San Gaetano

Via Mora 12 - Vicenza

Centro di Formazione Professionale per l'artigianato

Pzza Donatori di Sangue 1 - Bovolone (VR)

Centro di Formazione Professionale S. Gaetano

Via Don Pietro Zampieri 9 - San Bonifacio (VR)

Centro di Formazione Professionale Salesiani di Schio

Via Marconi 14 - Schio (VI)

IPSIA

Viale V. Alfieri 43 - Rovigo

Istituto D'arte G. De Fabris

Via Giove - Nove (VI)

Istituto D'arte Napoleone Nani

Via delle Coste 6 - Verona

Istituto Magistrale C. Goldoni

Isola dell'Unione - Chioggia (VE)

Istituto Magistrale Don Giuseppe Fogazzaro

Via Burci 21 - Vicenza

Istituto Magistrale Educandato San Benedetto

Via San Benedetto 16 - Montagnana (PD)

Istituto Professionale Industriale Pendola

Via C. Callegari 6 - Padova

Istituto Professionale Agrario Ponti

Via Cavin di Sala 5 - Mirano (VE)

Istituto Professionale Servizi albergh. e ristorazione P. d'Abano

Via Monteortone 7/9 - Abano Terme (PD)

Istituto Professionale Servizi comm. turist. e pubblicità Amedeo di Savoia Duca d'Aosta

Via S. Bragadine - Este (PD)

Istituto Professionale Industriale Ex Volta

Via Asseggiano 49/E - Mestre (VE)

Istituto Professionale Industriale Guglielmo Marconi

Via T. Serafin 15 - Cavarzere (VE)

Istituto Professionale Agrario Alberto Parolini

Via Rivoltella Bassa 1 - Bassano Del Grappa (VI)

Istituto Professionale Industriale Da Vinci

Via A. Veronese 3 - Noventa Vicentina

Istituto Professionale Industriale Luzzatti

Via A. De Gasperi 1 - Valdagno (VI)

Istituto Tecnico Commerciale Maria Lazzari

Via C. Frasio 25 - Dolo (VE)

Istituto Tecnico Industriale Pacnotti

Via Caneve 93 - Mestre (VE)

Istituto Tecnico Industriale Righi

Via A. Moro 1097 - Chioggia (VE)

Istituto Tecnico Commerciale C. e N. Rosselli

Via Scortegagna 37 - Lonigo (VI)

Istituto Tecnico Industriale Rossi

Via Legione Gallieno 52 - Vicenza

Istituto Tecnico Industriale Silvio De Pretto

Via XXIX aprile - Schio (VI)

Istituto Tecnico Commerciale F. Foscari

Via Carlo Pertini 13 - Mestre (VE)

Istituto Tecnico Commerciale Professionale per il commercio G. Luzzatto

Via Galilei 5 - Portogruaro (VE)

Istituto Tecnico Turismo A. Gritti

Via Muratori 7 - Mestre (VE)

Istituto Comprensivo di Sarcedo - Scuola Media

Via T.Vecellio - Sarcedo (VI)

Istituto Comprensivo statale - Scuola Media Moroni

Piazza Baschelet 1 - Vigodarzere (PD)

Istituto D'arte Fanoli

Viale dello Sport 28 - Cittadella (PD)

Istituto per i Serv. comm. turist. e pubblicità Remondini

Via Travettore - Bassano Del Grappa (VI)

Istituto Professionale Agrario

Loc. Lenguin - San Floriano (VR)

Istituto Professionale Industriale Colotti

Via Mazzini 12 - Feltre (BL)

Istituto Professionale Industriale G. Giorgi

Via Rismondo 10 - Verona

Istituto Professionale OdontoTecnico Chimico Biologico Enrico Fermi

Piazzale Guardini 2 - Verona

Istituto Professionale Servizi alberghieri e ristorazione D. Dolomieu

Via Rivalta 50 - Longarone (BL)

Istituto Professionale Servizi alberghieri e ristorazione L. Carnacina

Via Europa Unita - Bardolino (VR)

Istituto Professionale Servizi comm. turist. e pubblicità C. Colombo

Via San Francesco 33 - Adria (RO)

Istituto Tecnico Agrario M.A. Bentegodi

Viale dell'Agricoltura 1 - Buttapietra (VR)

Istituto Tecnico Commerciale Barbarigo

Via Rogati 11 - Padova

Istituto Tecnico Commerciale De Amicis

Via Parenzo 16 - Rovigo

Istituto Tecnico Commerciale E. Fermi

Via Udine - S. Stefano di Cadore (BL)

Istituto Tecnico Commerciale G. Maddalena

Via Dante 17 - Adria (RO)

Istituto Tecnico Commerciale Luciano Dal Cero

Via Fiume - San Bonifacio (VR)

Istituto Tecnico Commerciale/Geometri Atestino

Via Garibaldi 23 - Este (PD)

Istituto Tecnico Commerciale/Geometri Girardi

Via Kennedy 29 - Cittadella (PD)

Istituto Tecnico Geometri Belzoni

Via S. Speroni 39/41 - Padova

Istituto Tecnico Geometri e Periti aziendali (e commerciale)

M. Ricci-Porto di Legnago - Via Nino Bixio 49 - Legnago (VR)

Istituto Tecnico Industriale E. Fermi

Via degli Alpini 59 - Pieve Di Cadore (BL)

Istituto Tecnico Industriale Eugenio Balzan

Via Manzoni - Badia Polesine (RO)

Istituto Tecnico Industriale F. Severi

Via Pettinati 46 - Padova

Istituto Tecnico Industriale G. Natta

Via Leopardi 14 - Padova

Istituto Tecnico Industriale Guglielmo Marconi

Piazzale Guardini 1 - Verona

Istituto Tecnico Industriale Luigi Negrelli

Via Colombo 11 - Loc. Boscariz Feltre (BL)

Istituto Tecnico Industriale Marconi

Via Manzoni 80 - Padova

Istituto Tecnico Periti aziendali L. Calabrese

Via Generale Carlo Alberto Dalla Chiesa 10 - Bussolengo (VR)

Istituto Tecnico Periti aziendali Seghetti

Piazza Cittadella 10 - Verona

Istituto Tecnico Professionale Leonardo da Vinci

Via Beluzzo 2 - Verona

ITCS Leon Battista Alberti

Via Perugia 1 - San Donà Di Piave (VE)

Liceo Ginnasio Antonio Pigafetta

Contrà Cordenons 1 - Vicenza

Liceo Ginnasio Elena Corner

Via Matteotti - Mirano (VE)

Liceo Ginnasio Franchetti

Corso del Popolo 82 - Mestre (VE)

Liceo Ginnasio G. B. Brocchi

Via Verci 9 - Bassano Del Grappa (VI)

Liceo Ginnasio Marchesi

Viale Codalunga 1 - Padova

Liceo Ginnasio Tiziano

Via Cavour 2 - Belluno

Liceo Ginnasio/Scientifico F. Corradini

Via I maggio 15 - Thiene (VI)

Liceo Linguistico Alle Stimate

Via Montanari 1/3 - Verona

Liceo Linguistico C. Bocchi

Via Dante Alighieri 4 - Adria (RO)

Liceo Scientifico Curiel

via Durer 14 - Padova

Liceo Scientifico Da Vinci

Viale Vicenza 27/A - Arzignano (VI)

Liceo Scientifico Einstein

Via Garibaldi 60 - Piove Di Sacco (PD)

Liceo Scientifico G. Bruno

Via Baglioni 26 - Mestre (VE)

Liceo Scientifico Galilei

Via Perugia 8 - San Donà Di Piave (VE)

Liceo Scientifico Galileo Galilei

Via C. Frasio 27 - Dolo (VE)

Liceo Scientifico Girolamo Fracastoro

Via Moschini 14 - Verona

Liceo Scientifico Mattei

Via Traverso 6 - Conselve (PD)

Liceo Scientifico Newton

Via Puccini 27 - Camposampiero (PD)

Liceo Scientifico Nicolò Tron

Via Luzio - Schio (VI)

Liceo Scientifico Nievo

Via Barbarigo 38 - Padova

Liceo Scientifico P. Paleocapa

Via De Gasperi 19 - Rovigo

Liceo Scientifico/Ginnasio Giorgio Dal Piaz

Via Liberazione 9 - Feltre (BL)

Liceo Ginnasio Foscarini

Cannaregio 4942 - Venezia

Liceo Scientifico U. Masotto

Via Veronese 3 - Noventa Vicentina (VI)

Scuola Media

Via Antonio Canova - San Zenone Degli Ezzelini (TV)

Scuola Media - Istituto Comprensivo di Sarmede e Fregona

Via Roma 67 - Fregona (TV)

Scuola Media A. Cappon

Via D. Alighieri 36 - Cavarzere (VE)

Scuola Media A. Gramsci - Loc. Campalto

Via Passo 3/G - Venezia (VE)

Scuola Media A. Manzoni

Via San Francesco 20 - Loc. Bastia Rovolon (PD)

Scuola Media A. Manzoni

Via Dietro Castello 13 - Sanguinetto (VR)

Scuola Media A. Manzoni

Via C. Colombo 20 - Povegliano Veronese (VR)

Scuola Media A. Moro

Via Alfieri 3 - Sovizzo (VI)

Scuola Media A. Pertile

Via Sommariva 31 - Agordo (BL)

Scuola Media Albinoni

Via Genova 4 - Loc. Tencarola Selvazzano Dentro (PD)

Scuola Media Alfieri

Via Garibaldi 68 - Bagnoli Di Sopra (PD)

Scuola Media B. Barbarani

Via Bentegodi 1 - San Martino Buon Albergo (VR)

Scuola Media Bellavitis

Via Colombare - Bassano Del Grappa (VI)

Scuola Media Bellini

Via Bellini 106 - Vicenza

Scuola Media C. Parenzo

Largo Parenzo 1 - Rovigo

Scuola Media C.G. Cesare

Via Cappuccina - Venezia

Scuola Media Carducci

Via San Martino 6 - Este (PD)

Scuola Media Cavalchini-Moro

Via Marconi 3/A - Villafranca Di Verona (VR)

Scuola Media Chinaglia

Via Trento 6 - Montagnana (PD)

Scuola Media D. Alighieri

Via Dante 4 - Pettorazza Grimani (RO)

Scuola Media D.Alighieri

Via Rinascimento 45 - Cologna Veneta (VR)

Scuola Media D.Alighieri

Via Grola - Sant'ambrogio Di Valpolicella (VR)

Scuola Media Da Ponte

Via dello Stadio 5 - Vittorio Veneto (TV)

Scuola Media Dante Alighieri

Via Amendola 29 - S. Maria Maddalena - Occhiobello (RO)

Scuola Media di Arzignano

Via 4 Martiri - Arzignano (VI)

Scuola Media di Cencenighe

Via Tissi 19 - Cencenighe Agordino (BL)

Scuola Media di Foza

Via Roma - Foza (VI)

Scuola Media di Grisignano

Via Pavese I - Grisignano Di Zocco (VI)

Scuola Media Don Agostino Toniatti

Via Nieveo 20 - Fossalta Di Portogruaro (VE)

Scuola Media Don Bosco

Via S. Camillo de Lellis 4 - Padova

Scuola Media E. Meneghetti

Via B. Giuliari 40 - Verona

Scuola Media Efrem Reatto

Via Arcane 4 - Valdobbiadene (TV)

Scuola Media Einaudi Loc. Marghera

Via V.B. Canal 20 - Venezia (VE)

Scuola Media Enrico di Sardagna

Via Roma 33 - Castello Di Godego (TV)

Scuola Media F. Cipriani

Via Galileo Galilei 4 - Nogara (VR)

Scuola Media F.Ili Sommariva

Via Gandhi I - Cerea (VR)

Scuola Media Fincato-Rosani-King-Giovanni XXIII

Via Badile 95 - Verona

Scuola Media Fogazzaro

Via Marconi 3 - Noventa Vicentina (VI)

Scuola Media Fraz. Falzè

Via Cavour 8 - Trevignano (TV)

Scuola Media G. Baldan

Via Loredan 51 - Stra (VE)

Scuola Media G. da Cavino

Via G. da Cavino 2 - Campodarsego (PD)

Scuola Media G. Galilei

Via Venezia 46 - Scorzè (VE)

Scuola Media G. Leopardi

Via Leopardi - Torre Di Mosto (VE)

Scuola Media G. Olivi

Borgo San Giovanni - Chioggia (VE)

Scuola Media G. Pascoli

Via Roma 2 - Montecchia Di Crosara (VR)

Scuola Media G. Saccon

Via De Gasperi 48 - San Vendemiano (TV)

Scuola Media G. Toniolo

Via San Pio X 45 - Istrana (TV)

Scuola Media G. Zamboni

Viale della Rimembranza - Illasi (VR)

Scuola Media Giberti Gian Matteo

Via Bacilieri I - Verona

Scuola Media Gino Rocca

Via A. Fusinato 14 - Feltre (BL)

Scuola Media Giovanni XXIII

Via Roma 21 - Sant'angelo Di Piove Di Sacco (PD)

Scuola Media Giovanni XXIII

Via Umberto I 42 - Villadose (RO)

Scuola Media Giuriolo

Via Contra Riale - Vicenza

Scuola Media Grava (sede centrale)

Fabio Filzi 2 - Conegliano (TV)

Scuola Media I.C. Fainelli-Ghandi

Via Puglie 7/e - Verona

Scuola Media I.C. Mameli - Sede Levi Civita

Via Granze - Camin (PD)

Scuola Media Ippolito Nievo

Via Nicolò Tommaseo 4 - Ponte Di Piave (TV)

Scuola Media Istituto Comprensivo

Via Pasubio 171 - Valdagno (VI)

Scuola Media Istituto Comprensivo A. Gramsci

Via Matteotti 51 - Camponogara (VE)

Scuola Media Istituto Comprensivo Ciscato

Via Marano 53 - Monte Di Malo (VI)

Scuola Media Istituto Comprensivo Dante Alighieri

Via Pagello 4 - Caldogno (VI)

Scuola Media Istituto Comprensivo di Magrè di Schio

Via Vercelli 1 - Schio (VI)

Scuola Media Istituto Comprensivo Rodari

Via Stazione 12 - Rossano Veneto (VI)

Scuola Media L. Da Vinci

Via Paganini 3 - Mirano (VE)

Scuola Media Laverda

P.zza Alpini 8b - Breganze (VI)

Scuola Media Loc. Badoere

Via Sile 10 - Morgano (TV)

Scuola Media M. Marin

Via San Francesco 31 - Adria (RO)

Scuola Media M. Polo

Via Roma 89 - San Giorgio Delle Pertiche (PD)

Scuola Media M. Sanudo il Giovane

Via Zanini 41 - Rosolina (RO)

Scuola Media Marco da Melo

Via S.Andrea 4 - Mel (BL)

Scuola Media Marco Polo

Via Tezze 3 - Silea (TV)

Scuola Media Marconi

Via Seminario 34 - Portogruaro (VE)

Scuola Media Martino - Peseggia

Via Verdi 1 - Scorzè (VE)

Scuola Media Michelangelo

Piazza Matteotti 12 - Jesolo (VE)

Scuola Media Mons. L. Gaiter

Via IV novembre 13 - Caprino Veronese (VR)

Scuola Media Nazario Sauro

Loc. La Pezza - Lazise (VR)

Scuola Media Parini

Via Filippetto 12 - Camposampiero (PD)

Scuola Media Pilonato

Via Mazzini 16 - Vo (PD)

Scuola Media R. Onor

Via N. Sauro 11 - San Donà Di Piave (VE)

Scuola Media R. Zardini

Via del Parco 13 - Cortina D'Ampezzo (BL)

Scuola Media Reggenza 7 Comuni

Via Bortoli 1 - Asiago (VI)

Scuola Media Roncalli

Via G. Verdi 14 - Cornuda (TV)

Scuola Media S. Negro

Via Fante d'Italia 31 - Chiampo (VI)

Scuola Media S. Orsato

Via Roma 14 - Casalserugo (PD)

Scuola Media Salvo d'Acquisto - Sede don Milani Loc. Gazzera

Vicinale Volpi 22 - Venezia (Mestre) (VE)

Scuola Media Sebastiano Ricci

Via Cavour 2 - Belluno (BL)

Scuola Media Serena

Via Gobetti 5 - Treviso

Scuola Media Stefanini

Viale III Armata 35 - Treviso (TV)

Scuola Media Tasso

Via G. Leopardi 16 - Padova

Scuola Media Tito Livio

Via XXIV aprile 11 - Loc. Bresseo Teolo (PD)

Scuola Media Vittorino da Feltre

Salita Vittore da Cesana 1 - Feltre (BL)

Scuola Media Vivaldi

Via Moro 6 - Padova

Scuola Media Zanella

Via Crocere - Vidor (TV)

