

Rete dei Servizi ASL per il PED

PED

Percorso Esperienziale Didattico

A cura di Cesare Bernabeo,
Francesco Guarino, Stefania Paterra

Introduzione di Alberto Pellai

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI PERCORSI E RICERCHE

FrancoAngeli

condizionamenti fiducia corpo desiderio
segreto famiglia libertà conoscere adolescenza
anima rispetto amore dignità crescere
coraggio consapevolezza conflitti sogno
gruppo passione scoperta essere protezione
unicità paura amici scelta informazione
autodeterminazione diversità miti fantasia
affettività DIVERTIMENTO dipendenza emozioni
accettazione condizionamenti paura coraggio
consapevolezza conflitti sogno rispetto
amore dignità crescere essere anima amore
passione scoperta essere protezione conflitto

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI, PERCORSI, RICERCHE

Collana coordinata da Alberto Pellai

Pensata per insegnanti, educatori, operatori sanitari e genitori, la collana qui proposta intende rispondere ai bisogni di prevenzione e promozione della salute in età evolutiva, utilizzando un approccio concreto e operativo. Di fronte alla costante richiesta di materiali e risorse, la collana si pone come una risposta reale, frutto dello sforzo multidisciplinare di educatori, ricercatori, pedagogisti e operatori, alla necessità di assicurare all'infanzia e all'adolescenza il diritto fondamentale alla salute e al benessere.

Al mondo della scuola saranno offerti percorsi educativi validati e valutati, rendendoli disponibili per un'immediata replicazione da parte di insegnanti ed educatori; a tutti gli attori dell'educazione alla salute saranno dedicate opere di discussione e approfondimento dei principali nodi educativi, sia nei loro presupposti teorici che nelle ricadute pratiche.

La collana, insomma, vuole essere un'occasione di confronto e di scambio tra chi fa la scuola e chi la progetta, tra chi propone le innovazioni e chi è chiamato ad applicarle.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità

Rete dei Servizi ASL per il PED

PED

Percorso Esperienziale Didattico

A cura di Cesare Bernabeo,
Francesco Guarino, Stefania Paterra

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI Percorsi e Ricerche
FrancoAngeli

Si ringrazia l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Abruzzo che ha reso possibile la realizzazione di questa pubblicazione.



Rete Regionale dei Servizi ASL per il PED:

Consultorio Familiare di Città Sant'Angelo (PE); Consultorio Familiare di Loreto Aprutino (PE); Consultorio Familiare di Montorio al Vomano (TE); Consultorio Familiare di Penne (PE); Consultorio Familiare di Pescara; Consultorio Familiare di Popoli (PE); Dipartimento Salute Mentale di Ortona (CH); Dipartimento Salute Mentale di Penne; Dipartimento Salute Mentale di Teramo; Servizio Alcolologia di Pescara; Servizio per le Tossicodipendenze di Avezzano (AQ); Servizio per le Tossicodipendenze di Chieti; Servizio per le Tossicodipendenze di Giulianova (TE); Servizio per le Tossicodipendenze di Lanciano/Vasto (CH); Servizio per le Tossicodipendenze di L'Aquila; Servizio per le Tossicodipendenze di Penne (PE); Servizio Interdipartimentale di Psicologia e Psicoterapia Adolescenziale (S.I.P.S.I.A) di Avezzano (AQ).

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente, nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione, di *Alberto Pellai* pag. 7

Prima parte Definizione delle linee guida del Percorso Esperienziale Didattico

La genesi del progetto	»	21
Introduzione	»	21
Origini e sviluppo	»	22
I riferimenti iniziali	»	22
La metodologia	»	23
La struttura operativa	»	24
I punti di forza del PED	»	26
Scheda tecnica	»	27
Manuale di applicazione del PED	»	31
Indicazioni generali	»	31
Fase preliminare	»	33
Prima fase	»	34
Seconda fase	»	37
Terza fase	»	42
Sistema di valutazione	»	45

Seconda parte
Esperienze, riflessioni, considerazioni operative
dei protagonisti del PED
Docenti – Alunni – Operatori

Premessa	pag. 49
Esperienza dei docenti	» 51
Esperienze degli alunni	» 91
Esperienze degli operatori	» 101

I numeri del PED

Sviluppo e dimensione del PED	» 105
Media delle valutazioni generali degli studenti	» 105
Dati di valutazione complessiva sull'esperienza del PED:	» 106
- da parte degli alunni	» 106
- da parte dei docenti	» 107
Valutazione	» 109
- Valutazione di processo	» 109
- Valutazione di risultato	» 109

Appendice

Modelli e schede per l'applicazione del PED

<i>Mod. 1/2 – Griglie del piano operativo del PED</i>	» 113
<i>Mod. 3/4 – Schede riepilogative: istituti, classi, n. alunni, docenti</i>	» 113
<i>Mod. 5 – Questionario di valutazione per gli alunni</i>	» 116
<i>Mod. 6 – Scheda di relazione e valutazione del PED per i docenti</i>	» 117
<i>Mod. 7 – Scheda-tipo per l'adesione alla Rete Territoriale dei Servizi per il PED</i>	» 120
<i>Tabelle per la riepilogazione dei dati di valutazione annuale del PED</i>	» 122

Introduzione. Il modello PED (Percorso Esperienziale Didattico) come paradigma di una nuova modalità di promozione della salute con gli adolescenti

di *Alberto Pellai**

La scuola come luogo strategico di promozione della salute in età evolutiva

Nell'ambito della promozione della salute rivolta agli adolescenti la scuola gioca un ruolo fondamentale. Per più di un motivo:

1. La scuola accoglie per un lungo periodo di vita tutti i soggetti in età di obbligo scolastico ed offre la possibilità di osservare e monitorare il percorso di crescita e il modello di salute e benessere sul quale ciascuno di essi sta forgiando il suo personale concetto di "stare bene". Chiaramente, ciò che osserva la scuola non è altro che un riflesso dei valori e delle abitudini che trovano le loro radici nella vita familiare e nello stile di vita del nucleo di appartenenza. Però, proprio questa triangolazione che vede l'adolescente al centro di un sistema di assi che intersecano l'esperienza scolastica con quella familiare e con quella che connota l'attenzione rivolta da parte di tutta la comunità a chi "sta diventando grande", offre molte possibilità di intervento preventivo e promotivo.
2. La scuola, inoltre, è abitata da figure adulte con una funzione educante che hanno a disposizione un metodo pedagogico in grado di toccare il sapere, il saper fare e il saper essere degli individui. Attitudini, norme sociali e competenze promosse nell'arco dell'esperienza scolastica segnano in modo indelebile aspetti della soggettività che si ripercuoteranno in modo significativo sullo stile di vita e sui valori intorno ai quali l'individuo organizzerà la totalità della sua esistenza. Questa competenza "educativa" della scuola è un'esperienza unica per "l'adolescente del terzo millennio", perché gli permette di giocare la relazione con un adulto in uno spazio reale e non virtuale. Non va infatti trascurato che l'elemento che maggior-

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia, Virologia dell'Università degli Studi di Milano.

mente connota il “nuovo adolescente” è la sua enorme esposizione – in termini sia qualitativi che quantitativi – a relazioni virtuali, che, pur impegnandone le dimensioni cognitive (i nuovi media insegnano moltissimi nuovi saperi a chi sta crescendo), emotive (i nuovi media plasmano un modello di competenza emotiva fortemente artificiale, proponendo esperienze di stimolazione ed eccitazione che difficilmente sono reperibili all’interno della gamma delle relazioni umane normalmente esperite) e sociali (i nuovi media consentono di giocare in relazioni totalmente inedite rispetto al passato, incontrando altri soggetti nel labirinto misterioso e multiproblematico della rete e delle chat, consentendo relazioni narrate intorno al flusso degli SMS che quotidianamente partono e arrivano dai/sui display dei cellulari di cui risulta sin dalla scuola media già dotata la quasi totalità dei preadolescenti) sono svuotate di un appropriato valore e significato relazionale e promuovono istanze di crescita (non sempre funzionali) al di fuori di una relazione reale.

3. La scuola si è negli ultimi decenni fatta promotrice di una vera e propria rivoluzione pedagogica che ha consentito di affiancare ad un approccio tradizionale disciplinare, un’ampia gamma di offerte formative dal taglio altamente educativo finalizzate a porre in risalto la risposta ai bisogni più profondi degli allievi. Ne è derivata la proliferazione di progettazioni educative in grado di integrare la dimensione scolastica dell’alunno con la ben più complessa formazione soggettiva della persona. La promozione di tali strategie ha portato ad un forte incremento del sapere psicologico messo a disposizione della figura docente di ogni ordine e grado, cui si è aggiunta la realizzazione di progetti ad hoc che hanno infiltrato la stessa progettazione e programmazione interdisciplinare. Tale trasformazione può ben essere raccontata attraverso la definizione di un POF (Piano dell’Offerta Formativa) che si connota come il contratto che l’istituzione scuola fa con le famiglie e con i propri alunni ed in cui viene specificato il progetto complessivo sulla crescita intellettuale e umana dell’alunno ottenibile grazie all’offerta educativa proposta dal complesso delle iniziative previste in ambito di istituto.
4. La scuola vive e pulsa nel proprio territorio di riferimento e si connota per la propria capacità di costruire reti e connessioni con altre agenzie (educative e non) presenti nella comunità. Tale rete può aggregare figure professionali e servizi anche molto diversi tra di loro e consente di focalizzare proprio all’interno del “sistema scuola” una serie di azioni e interventi ad hoc che sarebbero irrealizzabili altrove. Ecco perché proprio nella scuola in questi ultimi anni, molti diversi operatori socio-sanitari hanno portato la loro azione preventiva, distanziandola da quella fortemente clinica erogata all’interno dei servizi e degli ambulatori presenti nell’organigramma del Servizio Sanitario Nazionale. Questa sinergia di reti ed alleanze ha, inoltre, permesso ad altre istanze e agenzie territoriali di cooperare col mondo

della scuola promuovendo azioni a sostegno del benessere del singolo e della comunità tutta. Comuni, Province, Regioni, Associazioni di Volontariato, ONG, ONLUSS: sono molteplici i partner che a più riprese, e spesso con fini complementari, hanno realizzato iniziative e progetti tenendo come baricentro strategico della propria azione innovativa proprio il “sistema scuola”. In questo ambito, forse, l’azione strategica di maggiore rilievo è consistita nella creazione dei CIC, Centri di Informazione e Consulenza, che, con la scusa di introdurre uno sportello di accoglienza e ascolto del disagio all’interno della vita scolastica, hanno, in realtà, permesso l’emersione di molti problemi nascosti e la possibilità di attivare una serie di interventi integrati “a rete” con altri servizi operanti sul territorio. Lo sviluppo e le strategie di realizzazione dell’azione dei CIC sono spesso state documentate come un fenomeno ad alto tasso di variabilità e a diverso sviluppo di efficacia, ma resta l’evidenza che per la prima volta ha strutturato e creato al suo interno una modalità per l’emersione del non detto e del non visto, che quasi sempre collude con l’area del disagio emotivo e psicologico degli studenti.

Sono probabilmente queste le motivazioni che rendono la scuola il sistema che si trova costantemente in prima linea nello sviluppo di strategie preventive ed educative finalizzate alla riduzione dei comportamenti a rischio e alla diffusione dei comportamenti protettivi in età evolutiva. Contemporaneamente, sono sempre questi i motivi che rendono la scuola l’ambiente elettivo per eccellenza in cui sviluppare la metodologia prevista all’interno del manuale che propone il metodo PED – Percorso Esperienziale Didattico. Qui la scuola infatti funziona da “contenitore”, agisce da “promotore”, si struttura come “Integratore di relazioni” tra pari e tra adulti e adolescenti e si apre alla collaborazione con agenzie esterne, deputate alla tutela della salute e del benessere, l’azienda sanitaria in primo luogo.

Il metodo PED come esempio dell’evoluzione delle strategie educative e preventive in ambito scolastico

a) Il superamento delle strategie preventive unicamente centrate sull’intervento dell’esperto

Il metodo PED è un ottimo esempio di come si siano modificati gli approcci preventivi e gli interventi in tema di salute in ambito scolastico negli ultimi decenni. Esso costituisce una “punta avanzata” di un nuovo modello operativo che segna decisamente un nuovo ambito di intervento – rispetto al passato – per chi vuole parlare di salute con gli adolescenti all’interno dell’esperienza scolastica. Il PED è un esempio di strategia innovativa che si distanzia da modelli obsoleti in vigore nel passato fortemente centrati sulla fi-

gura dell'esperto come unico promotore-attore delle strategie preventive all'interno del gruppo classe. Tale metodologia di intervento preventivo è stata (e in parte è tuttora) in voga per molti anni. L'idea che l'ha sostenuta è che l'esperto con competenze medico-scientifiche rimane il partner ideale di ogni intervento di prevenzione. Ma l'errore strategico (se di errore possiamo e vogliamo parlare) è consistito nel ritenere tale partneriato come una vera e propria delega totale che affidava all'esperto i compiti di progettazione, implementazione, conduzione e valutazione dell'intervento preventivo. In tale modo, le azioni di educazione alla salute sono diventate dei veri e propri corpi estranei spesso non integrati nella trama e nel tessuto educativo della scuola stessa che li ha ospitati. Ne è derivata una serie di azioni educative fortemente centrate sul sapere medico e scientifico dell'operatore che dall'ASL entrava nella scuola con la qualifica di esperto, ma che della scuola conosceva ben poco. Non essendo, tra l'altro, un esperto di educazione, spesso l'esperto esterno si è trovato a non saper mediare il proprio linguaggio tecnico con le esigenze di comprensione e decodifica degli studenti a cui andava a parlare. Tali interventi si sono perciò sempre più conformati come delle mini-conferenze, spesso sempre uguali a se stesse, non adattate agli specifici bisogni dei gruppi classi alle quali venivano rivolte. Si è così progressivamente andati incontro ad una critica trasversale nei confronti della metodologia preventiva-informativa, centrata esclusivamente sulla competenza degli esperti reclutati tra gli operatori sanitari, perché:

- la ricerca valutativa ha dimostrato ampiamente che gli individui "non fanno ciò che sanno". Il modello informativo è andato in crisi alla luce della convinzione che l'adozione o meno di comportamenti che hanno un impatto sul livello di benessere individuale e collettivo non è determinata dalla conoscenza dei rischi ad essi correlati. A conferma di ciò, negli Stati Uniti, un documento ufficiale di revisione dei programmi e curricoli scolastici ha stabilito nel 1993 che lo sviluppo sociale ed emozionale degli studenti dovesse divenire una dimensione necessaria all'interno degli obiettivi di apprendimento stabiliti dalla scuola. In tale documento veniva ufficialmente dichiarato che "relazioni non efficaci con i propri pari spesso risultano maggiormente associate ad aggressività, povere competenze sociali e mancanza di empatia nei confronti dei pensieri e delle emozioni degli altri, tanto che la qualità delle interazioni che un soggetto in età evolutiva riesce a stabilire con il gruppo dei propri pari può essere considerato quale il miglior elemento predittivo di successo e realizzazione in età adulta"¹;
- in secondo luogo, all'interno del modello informativo centrato sull'esperto si ripete la struttura tipica dell'organizzazione scolastica più convenzionale, in cui un adulto insegna ad un adolescente, che è costretto per-

1. Bruene-Butler L. *et al.* (1997), *The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project*, in Albee G.W., Gullotta T.P., *Primary Prevention Works*, Thousand Oaks, Sage Publications.

- ciò ad assumere il ruolo passivo di recettore di saperi che gli pervengono dall'esterno. Questo modello, tra l'altro, radica nei ragazzi l'idea che "non possa esistere altro rapporto con l'adulto se non quello basato sulla relazione con un Genitore (che sa e che ti indica il da farsi) e un Bambino (che non sa e che deve seguire i consigli)"². Quindi anche se esistono studi³ che dimostrano che gli adolescenti desiderano che siano coinvolti gli operatori sanitari quando a scuola si promuovono azioni attinenti a tematiche complesse e delicate quali l'educazione sessuale e la prevenzione dell'AIDS, la struttura ideale di un progetto preventivo dovrebbe prevedere un ruolo adulto tale da consentire una dimensione progettuale, attiva e concreta gestita direttamente dall'adolescente;
- quasi sempre gli interventi informativi-cognitivi si focalizzano su un modello di salute che non tiene conto della fenomenologia e dei valori condivisi all'interno del gruppo degli adolescenti, e, perciò, non contempla la loro reale prospettiva. Essi, perciò, rischiano di non essere basati sui significati, sulle motivazioni e sulla modalità di decodificare qualsiasi messaggio inerente il tema della salute tipiche dei soggetti in età evolutiva⁴. La ricerca conferma che interventi così strutturati rischiano di avere scarso successo, soprattutto se l'obiettivo di chi fa prevenzione è quello di proporre alternative a comportamenti e stili di vita ad elevato rischio per il benessere individuale e collettivo⁵;
 - tra l'altro, gli interventi informativi si basano su metodologie di apprendimento fortemente centrate su competenze ascrivibili all'area dell'intelligenza accademica. Tale area risulta particolarmente in crisi proprio in quei soggetti che solitamente presentano la più alta adesione a comportamenti a rischio. In effetti, soggetti con scarsa capacità di prevedere per se stessi un futuro di successo (condizione frequente in studenti con scarso profitto scolastico) non attribuiscono alla dimensione della "salute" la medesima importanza conferitale, invece, da coloro che si sentono in controllo dei propri progetti e si ritengono sufficientemente capaci di poterli perseguire⁶. Utilizzare metodi alternativi rispetto alla classica metodologia della lezione, quali drammatizzazione, role-playing, dibattiti e lavoro in piccoli gruppi, dà la possibilità anche ai soggetti con problemi scolastici di poter usufruire appieno della potenzialità preventiva intrinseca nelle attività di educazione alla salute. Quasi sempre i modelli infor-

2. Giori F. (1998), *Adolescenza e rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione*, Milano, FrancoAngeli.

3. Manning D.T., Balson P.M. (1989), "Teenagers' beliefs about AIDS education – and physicians' perceptions about them", *Journal of Family Practice*, 29, 173-177.

4. Millstein S. (1993), "A view of health from the adolescents' perspective", in Millstein S., Petersen A., Nughtingale E. (Eds.), *Promoting the health of adolescents*, New York, Oxford.

5. Leventhal H., Keeshan P. (1993), "Promoting Healthy Alternatives to Substance Abuse", in Millstein S., Petersen A., Nughtingale E. (Eds.), *Promoting the health of adolescents*, New York, Oxford.

6. Klerman L. (1993), "The influence of economic factors on health-related behaviors in adolescents", in Millstein S., Petersen A., Nughtingale E. (Eds.), *Promoting the health of adolescents*, New York, Oxford.

mativi sono legati ad obiettivi altamente specifici correlati all'area del sapere medico.

L'eccessiva semplificazione propria degli interventi informativi non era, perciò, in grado di soddisfare la complessità implicita nel piano d'azione che è necessario implementare per realizzare i criteri qui riportati, anche se la lunga durata e sopravvivenza di tale modalità d'agire era anche associata all'evidenza di alcuni innegabili vantaggi, tra i quali il fatto che tale strategia:

- solleva l'insegnante dalla necessità di acquisire una formazione specifica sui temi del benessere e della salute, aree di sapere spesso totalmente assenti dal "bagaglio formativo" che il corpo docente ha acquisito in corsi di laurea fortemente professionalizzanti sul piano dell'insegnamento disciplinare, ma scarsamente attenti al sapere psicologico e pedagogico necessario a gestire gli aspetti emotivi e relazionali che si mettono in evidenza all'interno di un gruppo classe;
- consente all'azienda sanitaria di entrare nel sistema scuola, mostrando figure ed operatori che possono essere poi rincontrate all'interno dei servizi specialistici, pronte a dare aiuto e supporto tecnico nel momento del bisogno (si pensi, in questo senso, all'importanza di fare entrare nelle classi operatori in servizio presso i consultori famigliari, in grado, quindi, di spiegare agli studenti le funzioni del consultorio e di qualificarsi come operatori sempre disponibili a discutere con la propria utenza tematiche e problematiche associate all'area della sessualità);
- garantisce a tutte le classi di avere interventi di educazione alla salute, anche di fronte ad un forte disinvestimento o disinteresse dei rispettivi consigli di classe. In tale senso, l'intervento esterno dell'esperto ASL si qualifica come estremamente democratico, poiché non lascia alcuna classe "scoperta" e pur non fornendo le condizioni ottimali a nessuno, allo stesso tempo porta il "minimo indispensabile" in ogni classe, mettendo a disposizione di ogni studente una "batteria di informazioni preventive" altrimenti difficilmente ottenibile all'interno del proprio sistema di vita.

Il docente come referente per gli interventi di educazione alla salute

Analizzati i vantaggi, ma soprattutto gli svantaggi di un intervento preventivo in ambito scolastico fortemente centrato sulla figura dell'esperto esterno vale ora la pena di descrivere un "salto di qualità" che il mondo della scuola ha imparato a fare negli ultimi anni e che ha reso possibile "sviluppare azione preventive" avendo come principale risorsa e potenzialità gli adulti già presenti nel mondo della scuola: i docenti.

Molte scuole si sono rese conto in questi anni che un intervento fortemente centrato sulle competenze dell'esperto esterno non è in grado di toccare i

veri bisogni preventivi degli studenti. I motivi di tale potenziale fallimento sono molteplici:

- la mancanza di competenza pedagogica dell'esperto che spesso, nel confronto con il gruppo classe, si è dimostrato incapace di utilizzare linguaggi e metodi educativi adatti e comprensibili per coloro con i quali si trovava a lavorare;
- l'approccio clinico e medico in senso proprio tipici dell'esperto con formazione clinica, approccio che spesso non assolve i bisogni preventivi dei soggetti in età evolutiva (un esempio classico in questo senso è la prevenzione del tabagismo. Per anni gli operatori sanitari ne hanno parlato a scuola ponendo l'accento sui rischi tabacco-correlati per la salute umana. La ricerca ha da molto tempo dimostrato che questa modalità di prevenire il tabagismo è totalmente inefficace e spesso addirittura controproducente. Per prevenire il fumo di tabacco in preadolescenza e adolescenza è fondamentale toccare i temi associati all'identità, allo stare in un gruppo, alla resistenza nei confronti della pressione dei pari, tutti fattori che nulla hanno a che fare con un rischio – quali le patologie tabacco-correlate – che non significa nulla ad un tredicenne/quattordicenne per il quale è senza significato lo spettro di patologie che compariranno nei successivi trenta-quarant'anni, mentre lui, in questa fase della sua esistenza, è così immerso nell'intensità del "qui ed ora" di ciò che gli sta succedendo);
- spesso è la continuità della relazione a costituire il principale strumento educativo con chi sta crescendo. È proprio tale continuità che manca all'esperto esterno che entra nella scuola in modo estemporaneo e per svolgere un intervento "spot".

Queste osservazioni stanno alla base del rationale che ha portato allo sviluppo del PED e allo stesso tempo si basano su una generalizzata consapevolezza tra il corpo docente relativa al fatto che l'efficacia dell'intervento preventivo non può prescindere dalla quotidianità della relazione e della vicinanza tra educatore ed educando, ruoli che, tra l'altro, sempre più si fanno "mobili e intercambiabili" quando in gioco ci sono adolescenti, che sono portatori di esperienze e competenze che spesso sono di pari livello e complessità, se comparate con quelle dell'adulto.

È proprio alla luce di questi principi che possiamo considerare il modello PED appartenente ad un forte movimento che ha promosso la cultura della promozione della salute direttamente dall'interno del sistema stesso. Grazie a questo movimento, la scuola si è voluta qualificare non più come un contenitore di proposte e progetti preventivi, bensì come un attivatore di iniziative centrate su una solida filosofia del benessere di cui tutti, al suo interno, sono detentori e responsabili. Così come testimonia anche il modello PED, in moltissime scuole è andata così crescendo un'intensa attività di formazione e autoformazione che ha visto uniti in un progetto e in una strategia comune centinaia di docenti di scuole di ogni ordine e grado, i quali hanno cominciato a

perseguire e a progettare un nuovo modello di benessere scolastico. Questo movimento è stato responsabile delle più significative trasformazioni che hanno contaminato non solo il modello di scuola nel quale è andato a diffondersi, ma anche le metodologie didattiche, lo sviluppo di progetti e processi di apprendimento innovativo. Insomma, ne è derivata una vera e propria rivoluzione culturale che ha forse in due aspetti cruciali le sue punte di diamante: la diffusione dei metodi dell'educazione socio-affettiva e la promozione dell'apprendimento cooperativo.

L'educazione socio-affettiva si è qualificata come una metodologia in grado di promuovere le cosiddette "life-skills" (competenze vitali) elementi di successo per lo sviluppo sociale ed emotivo dei soggetti in età evolutiva. L'importanza dell'educazione socio-affettiva si fonda nella sua capacità di non concentrarsi su un tema specifico di prevenzione, bensì su una metodologia finalizzata ad incrementare le competenze di dialogo e comunicazione, di ascolto e relazione efficace in chi sta crescendo. L'educazione socio-affettiva prevede strategie ed attività che possono essere portate anche molto precocemente all'interno del mondo della scuola (ci sono docenti che le utilizzano a cominciare dal primo anno della scuola dell'infanzia) e che ha in metodi quali quelli del circle time (tutta la classe in cerchio discute a partire da uno stimolo che viene lanciato dall'educatore oppure selezionato direttamente dal gruppo) le proprie strategie elettive.

L'apprendimento cooperativo, invece, è una metodologia di insegnamento (e specularmente di apprendimento) che prevede una gestione cooperativa dei compiti che vengono ripartiti tra tutti i soggetti presenti all'interno di un gruppo classe, condizione che permette a ciascun soggetto di fornire un personale contributo al progetto complessivo che è perciò realmente sviluppato con uno sviluppo globale e condiviso che facilita la creazione di legami di interdipendenza tra le diverse parti presenti nella rete relazionale di un gruppo classe.

Queste due metodologie sono pilastri portanti del metodo PED e se ben sostenute dal ruolo docente, consentono di implementare e coordinare una strategia efficace, anche se molto impegnativa, che permette la redistribuzione dei compiti e delle funzioni, l'emersione dei vissuti spesso tenuti nascosti in un gruppo formale (quale è appunto la classe) e la possibilità di utilizzare le potenzialità dello stesso gruppo classe come principale risorsa per eliminare situazioni di disagio e passaggi esistenziali in cui più facilmente si può incorrere in uno stallo evolutivo. Molte delle testimonianze dei docenti riportate in questo manuale sono la migliore esemplificazione di quanto fin qui affermato. Ma il metodo PED sposa anche un'ulteriore idea strategica e metodologica che pervade tutte le linee guida per la promozione della salute rivolta agli adolescenti ad oggi disponibili: l'educazione alla salute deve essere sempre più centrata sulle competenze degli studenti, proprio come si auspica all'interno del metodo PED. Rendere gli adolescenti protagonisti è la migliore garanzia per far sì che la "cultura della salute" promossa a scuola sia considera-

ta dal “target” dell’intervento come un soggetto di “apprendimenti” e non come un oggetto reso fruibile dal mondo degli adulti. Inoltre, diventare protagonisti incide automaticamente non solo su un “asettico” sapere, ma su un ben più coinvolgente e fondamentale saper fare e saper essere.

La ricchezza metodologica racchiusa nel modello PED

Analizzando le molte proposte attivate grazie alla metodologia PED all’interno della scuola ci si rende conto che tale modello mira ad educare e “animare” il gruppo classe e gli adolescenti di una scuola in modo fortemente cooperativo, proponendo il metodo dell’apprendimento “in gruppo” quale paradigma per gli interventi di prevenzione.

Nella scuola secondaria di primo e secondo grado si muovono studenti che hanno molte più competenze rispetto al passato e sono già impegnati nelle prime sfide evolutive finalizzate all’autonomia e alla satellizzazione nel proprio gruppo di pari. Naturalmente in questa fase rimane cruciale il contributo di tutoraggio e sostegno fornito dall’adulto con funzione docente ed educante, anche se dal punto di vista metodologico il riferimento primario è al metodo animativo, che implica il coinvolgimento attivo di tutti i protagonisti dell’intervento formativo e considera il gruppo quale soggetto, luogo e strumento privilegiato di lavoro. Grazie a tale approccio, gli adulti partono dal presupposto che il gruppo sia un luogo di potenzialità e sviluppo, in quanto tale. In questo senso la classe può essere vista come una palestra nella quale sperimentare sia la dimensione degli affetti che quella dell’azione, aspetti che riguardano il singolo e il suo rapporto con l’ambiente che lo circonda. Attraverso la centratura sul piccolo gruppo quale privilegiata unità di lavoro, il metodo animativo articola il proprio percorso in quattro fuochi definiti: la persona, il piccolo gruppo appunto, la comunità locale e il sistema sociale, ponendosi come obiettivo primario un’azione di cambiamento e crescita individuale, gruppale e nel lungo periodo sociale e culturale⁷. Al centro la persona nella globalità delle sue potenzialità espressive e comunicative: la persona intesa come valore, e sempre come risorsa, a prescindere dalla presenza o assenza di situazioni di disagio o patologia. Considerata la forte centratura sulla persona, la struttura di ogni percorso animativo è caratterizzata da una dimensione estremamente flessibile. Flessibilità che non si traduce in casualità e assenza di obiettivi definiti, ma che partendo da un’ipotesi di progetto iniziale, costruita sulla base di un’accurata analisi della domanda, la ridefinisce sulla base dell’analisi dei bisogni reali effettuata attraverso la conoscenza e la contrattazione diretta con il

7. Pollo M., “Il percorso ovvero il metodo dell’animazione”, in Aa.Vv., *Verso un documento base dell’animazione*, in «Animazione Sociale», XXVIII, 5, maggio 1998, pp. 57-60.

gruppo cui l'intervento è rivolto, garantendo durante il percorso una struttura dinamica attenta ai movimenti del gruppo stesso e agli eventuali spostamenti di focus. Ridefinizione degli obiettivi funzionale dunque ai processi progressivamente attivati. Coerenza di strumenti, tecniche e linguaggi utilizzati in relazione al metodo e alla sua filosofia oltre che alle micro e macro finalità del progetto specifico.

Alla luce di tutte le osservazioni appena fatte, il modello PED si colloca in un orizzonte di riferimento culturale, psicologico e pedagogico sfruttando i contributi e gli insegnamenti mediati dalle teorie sull'apprendimento sociale di Bandura⁸ e dalle teorie sull'influenzamento sociale⁹. Da un punto di vista psicopedagogico i riferimenti sono a Vygotskij¹⁰, Gardner¹¹ e Goleman¹² per quanto riguarda il gruppo come soggetto privilegiato di lavoro e l'apprendimento dalla rielaborazione dell'esperienza. Per quanto concerne invece i modelli di intervento i maggiori contributi sono quelli dell'animazione di comunità¹³ e dell'animazione socioculturale¹⁴. C'è un enorme potenzialità preventiva in questo metodo che riconosce la centralità del ruolo dei pari nell'ideazione, progettazione e realizzazione di iniziative e interventi¹⁵ per la promozione del proprio benessere psicofisico, relazionale ed ambientale a scuola e nel territorio. È molto importante, anche considerare, che questo modo di lavorare a scuola chiede agli adulti di "trasformarsi in counsellor e facilitatori di processi" mentre gli adolescenti fanno un "vero e proprio salto di qualità" passando da destinatari dell'intervento a ideatori e realizzatori autonomi delle proprie iniziative.

Tale percorso valorizza la costruzione di processi di empowerment tra gli adolescenti quale risorsa primaria per promuovere salute all'interno del proprio sistema di pari. L'approccio degli adulti al sistema di pari non avviene in termini di rischio o pressione, bensì in termini di potenzialità, risorse, competenze.

8. Bandura A. (a cura di) (2000), *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Trento, Erickson.

9. Deutsch M. e Gerard H.B. (1955), "A study of normative and informational social influence upon individual judgement", in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 51, pp. 629-636.

10. Vygotskij L.S. (1980), *Il processo cognitivo*, Torino, Boringhieri.

11. Gardner H. (1995), *L'educazione delle intelligenze multiple. Dalla teoria alla prassi pedagogica*, Milano, Anabasi.

12. Goleman D. (1996), *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli.

13. Martini E.R. e Sequi R. (1995), *Il lavoro di comunità*, Roma, NIS.

14. Pollo M. (1998), *Verso un documento di base dell'Animazione*, in *Animazione Sociale*, n. 5, pp. 27-69.

15. Leone L. e Prezza M. (1999), *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Milano, FrancoAngeli.

Bibliografia

- Pellai A. (1997), *Educazione sanitaria. Manuale per insegnanti ed operatori socio-sanitari*, FrancoAngeli, Milano
- Pellai A. (1999), *Teen Television. Gli adolescenti davanti e dentro la TV*, FrancoAngeli, Milano.
- Pellai A., Marzorati P. (2001), *Educazione alla salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Pellai A., Boncinelli S. (2002), *Just do it! I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia*, FrancoAngeli, Milano.
- Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B. (2002), *Empowered Peer Education. Manuale Teorico-pratico di Educazione tra pari*, Trento, Centro Studi Erickson.

Prima parte
Definizione delle linee guida
del Percorso Esperienziale Didattico