



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale in Lavoro, cittadinanza sociale, Interculturalità

Tesi di Laurea

—

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

La peer education Uno strumento di prevenzione e promozione della salute

Relatore

Ch. Prof. Luigi Tessaro

Laureando

Serena Petterle

Matricola 821213

Anno Accademico

2014 / 2015

Serena Petterle

La peer education

Uno strumento di prevenzione e promozione della salute

Università Ca' Foscari - Venezia

I lettori che desiderino
informazioni sulla presente
tesi di laurea
possono rivolgersi direttamente a:

Petterle Serena

via Mondini 15,
31029 Vittorio Veneto,
e-mail serena.petterle@gmail.com

Indice

7		Introduzione
11	1.	La promozione della salute Le carte per la prevenzione I modelli tradizionali di prevenzione con gli adolescenti
26	2.	La <i>peer education</i> Evoluzione storica Il percorso di <i>peer education</i>
39	3.	L'educazione tra pari in una prospettiva Le zone di sviluppo prossimale di Vygotsky Lo sviluppo delle intelligenze multiple di Gardner L'intelligenza emotiva di Goleman Lo sviluppo di autoefficacia Bandura Le <i>life skill</i> dell'OMS
65	4.	La valutazione dei progetti di educazione tra pari La valutazione di efficacia La valutazione della soddisfazione dei giovani coinvolti
87		Conclusioni
95		Bibliografia

La salute è la capacità di usare bene ogni nostra potenzialità

Lo sviluppo di una malattia che può essere prevenuta dovrebbe
essere considerato un evento criminoso

È meno dispendioso promuovere la salute che trattare la malattia

Florence Nightingale

Introduzione

Questa tesi di laurea nasce dall'insieme di svariate esperienze vissute in contesti e periodi temporali molto diversi tra loro.

Durante il terzo anno di liceo partecipai con i miei compagni di classe ad un programma di prevenzione sul tema del consumo e dell'abuso delle sostanze alcoliche e dei rischi ad esso collegati. La lezione fu condotta da Gianfranco Araldi e non si trattò di una lezione sull'alcol, bensì di una lezione di vita. All'epoca avrò avuto circa sessant'anni, la barba e i baffi bianchi, le guance paffute ad incorniciare lo sguardo da uomo buono. Fui colpita subito da due elementi: la voce cavernosa e profonda, da attore di teatro consumato, e il suo aspetto da *clochard* che ne ha passate tante nella vita. Quello che mi colpì col passare dei minuti furono invece i contenuti e il modo ruvido e immediato in cui li comunicava, senza ornamenti superflui. A distanza di anni posso testimoniare personalmente l'efficacia del suo modo di fare prevenzione, fatto di immagini, di emozioni, di parole schiette. È entrato in classe ed era già uno di noi, uno che parlava la nostra lingua e ragionava con i nostri schemi, uno che non veniva a dire cosa non dovevi fare ma che ti faceva prendere una posizione senza che te ne accorgessi. Per anni ha lottato in prima linea contro la diffusione delle droghe e contro la prostituzione, battendosi per i giovani e per i disagiati. Ha sensibilizzato centinaia di studenti fino al suo ultimo e più grande insegnamento, quello

del rispetto per la vita nonostante la disabilità causata dal carcinoma alla vescica che l'ha colpito.

Mentre frequentavo l'università per diventare assistente sociale professionista mi capitò di svolgere una breve ricerca sui gruppi di auto-mutuo-aiuto diffusi nell'area geografica in cui risiedo. Fu l'occasione per scoprire come le persone, di qualsiasi età, provenienza o ceto sociale, abbiano bisogno di comunicare, di essere comprese, di confrontarsi con altre persone che stiano vivendo situazioni simili. Questo bisogno di riconoscersi nell'altro può riguardare situazioni di gioia – quando si riceve una bella notizia la prima cosa che si fa di solito è raccontarla ad una persona cara – ma soprattutto situazioni spiacevoli – l'insorgere di una malattia o di una disabilità, un licenziamento, un lutto. I gruppi A.M.A. – di cui l'Alcolisti Anonimi è forse l'esempio più noto – fanno leva proprio sull'aiuto che il racconto di un'esperienza comune può dare a chi senta il bisogno di essere sostenuto da un pari nell'affrontare un momento difficile della propria vita.

Terminata l'università sono diventata una volontaria di Servizio Civile nel Comune di Vittorio Veneto. Durante quell'esperienza venni in contatto con il progetto *Sfumiamo i dubbi*, un percorso di prevenzione sul fumo di sigaretta, sviluppato in diversi istituti secondari di II° grado della Regione Veneto. Dato che il fumo di tabacco è dannoso ad ogni età, ma che tuttavia il rischio di sviluppare molte delle patologie ad esso correlato è strettamente dipendente dall'età di inizio e che le persone che non iniziano a fumare durante l'adolescenza hanno una bassa probabilità di diventare fumatori in età adulta (McCarron, 2001; Paavola et al., 1996), la campagna di prevenzione fu attivata tra i più giovani. Lo strumento metodologico utilizzato era quello della sempre più popolare *peer education*. Tale strategia educativa, che in italiano è traducibile con l'espressione “prevenzione tra pari”, fa leva sull'influenza che i pari

rivestono all'interno di un gruppo, in termini di atteggiamenti, comportamenti e abilità sociali. I pari sono inoltre percepiti dai coetanei come soggetti credibili nella veicolazione di un messaggio in quanto utilizzano lo stesso gergo, hanno vissuto le stesse esperienze e sono persone di cui ci si fida senza sentirsi giudicati.

Mentre frequentavo il corso di laurea magistrale in “Lavoro, Cittadinanza sociale ed interculturalità”, studiando le politiche pubbliche e sociali attivate sul territorio e la loro efficacia, mi sono imbattuta in un progetto torinese riguardante l'integrazione e la decriminalizzazione di alcuni immigrati marocchini attraverso lo strumento della *peer education*. Il progetto innovativo prevedeva di avvicinare ai servizi e ai luoghi aggregativi i minori e gli adulti di origine nord-africana poco inseriti nel territorio, valorizzando il ruolo dei connazionali già integrati nel tempo.

Verso la fine dei corsi ho avuto l'opportunità di partecipare al laboratorio *Competency Lab*, organizzato dal *Ca' Foscari Competency Centre*. L'attività prevedeva un ciclo di incontri interattivi per facilitare un processo di sviluppo delle competenze trasversali necessarie per conseguire i propri obiettivi professionali e migliorare la propria competitività sul mercato del lavoro. Tali competenze sono di natura realizzativa, relazionale e cognitiva, e il loro apprendimento è fortemente desiderabile poiché, una volta acquisite, sono attivabili in ogni posizione professionale che le richieda.

In vista della prova finale di laurea ho deciso di ricollegare tutte queste esperienze, che per un motivo o per l'altro mi avevano colpita negli anni, e approfondire il tema della prevenzione e della promozione della salute attraverso lo strumento della *peer education*.

Nel primo capitolo si presenta il cambiamento nel concetto di salute che, da semplice assenza di malattia, si è evoluto nel tempo fino a

coinvolgere altri aspetti, oltre a quello medico. A sostegno dei fattori fondamentali del mantenimento della salute – la promozione della salute e la prevenzione delle malattie – sono stati sottoscritti diversi documenti nazionali, europei e internazionali. Vengono inoltre ricordati i metodi tradizionalmente utilizzati nelle attività di prevenzione con gli studenti delle scuole.

Una strategia educativa che si sta diffondendo negli ultimi anni è quella della *peer education*, presentata nel secondo capitolo. In questa sezione, alla definizione di questa nuova metodologia, faranno seguito una breve analisi storica e una panoramica sui progetti ad essa legati in Europa e in Italia. Verranno poi illustrate le tre fasi del lavoro con i ragazzi, con un approfondimento sulla figura del *peer educator* e la sua formazione.

Alle teorie comportamentali che si possono applicare per orientare gli interventi di *peer education* è dedicato il terzo capitolo. Si specificheranno dunque le principali dottrine di riferimento attraverso i contributi di diversi psicologi, le cui teorie sono conosciute a livello internazionale.

Infine, il capitolo conclusivo si concentra sulla valutazione degli interventi di prevenzione tra pari. Si considereranno sia le valutazioni di monitoraggio che quelle di fine percorso; ci sarà modo di considerare inoltre quale sia stato il grado di soddisfazione dei soggetti interessati e quale l'efficacia del metodo, ovvero il raggiungimento dell'obiettivo prestabilito.

La promozione della salute

Il concetto di salute si è evoluto nel tempo e, alla luce delle nuove conoscenze socioculturali non solo mediche, è arrivato a coinvolgere nuovi aspetti della vita dell'individuo considerato nella sua globalità. Nel 1946, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹ ha definito la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente l'assenza di malattia o infermità”*. Con questa definizione si è assistito ad uno spostamento del focus dalla malattia alla salute. La salute è uno stato dinamico, in cui la persona si adatta costantemente ai cambiamenti dell'ambiente interno ed esterno. Questo nuovo concetto coinvolge quindi gli aspetti psicologici e mentali, le condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, la vita lavorativa, economica, sociale e culturale: tutto ciò che in diversa misura interagisce in modo positivo o negativo con l'esistenza dell'essere umano. Il concetto di salute è personale, cioè è definito da ciascuno in relazione alle proprie aspettative e ai propri valori. Un altro concetto personale è quello di benessere, considerato come l'equilibrio dinamico tra gli aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali della vita di una persona. I comportamenti finalizzati

¹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità è un'agenzia specializzata dell'Organizzazione delle Nazioni Unite con sede a Ginevra, istituita il 22 luglio 1946. Essa ha la funzione di dare indirizzi e di coordinare le attività internazionali in materia di salute e sanità pubblica. Attraverso le proprie pubblicazioni l'OMS cerca di sostenere le strategie nazionali orientate alla salute pubblica e affrontare i problemi di sanità pubblica più urgenti.

al benessere promuovono la salute e aiutano a prevenire la malattia. Questi includono, per esempio, la gestione dello stress, la consapevolezza dell'importanza della nutrizione e l'attività fisica.

Le attività che mirano al mantenimento della salute comprendono tutti quei comportamenti che una persona con una salute stabile mette in pratica per conservare tale stato o per migliorarlo. Salute e benessere implicano un forte senso di responsabilità verso se stessi, informarsi ed essere consapevoli prima di fare delle scelte, riconoscere e apprezzare il proprio valore personale, saper gestire i regimi di assistenza sanitaria e riuscire a sostenere lo stress. Il mantenimento della salute dipende dall'integrazione armoniosa e costante di tutti questi aspetti.

Per diversi decenni si è pensato che le politiche per la salute si dovessero occupare quasi esclusivamente di finanziare ed erogare l'assistenza medico-infermieristica. Oggi ci si è resi conto di come sia più importante per la salute dell'intera popolazione andare ad intervenire sulle condizioni economiche e sociali che fanno ammalare le persone e che le obbligano a richiedere quell'assistenza.

Per quanto lo sviluppo delle malattie sia influenzato dalla predisposizione genetica dei singoli individui, le cause più frequenti di malattia hanno un'origine ambientale. Tali cause riflettono infatti gli stili di vita che ogni singolo, più o meno consapevolmente adotta, e si sviluppano quindi più rapidamente rispetto ai lenti mutamenti genetici.

I due fattori fondamentali per il mantenimento della salute sono la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. Le attività di promozione della salute partono da un concetto di salute positivo e multidimensionale e sono comportamenti di approccio che mirano a registrare un cambiamento nello stile di vita per espandere il potenziale di mantenimento/raggiungimento di un buono stato di salute. Le attività di prevenzione delle malattie partono invece da un concetto di salute

intesa come l'assenza di malattie e riguardano i comportamenti difensivi, intesi ad evitare particolari patologie o alterazioni della fisiologia².

Il mantenimento della salute è influenzato anche dalle attività di tutela della salute a livello di singole comunità o vaste popolazioni, che comprendono l'adozione di misure ambientali e di regolamenti volti, per esempio, alla conservazione della qualità dell'acqua, dell'aria, dei cibi e dei farmaci, a livello nazionale, regionale e locale³.

Gli individui sembrano dedicarsi alle attività di promozione della salute (per esempio, introdurre nella dieta una maggiore quantità di fibre vegetali, ridurre il consumo di grassi e carboidrati raffinati, non fumare, adottare abitudini di esercizio fisico e riposo regolari, ridurre lo stress, informarsi su come difendere la salute, stabilire e mantenere amicizie, essere responsabili nei confronti dell'ambiente) per sentirsi meglio e aumentare il proprio benessere generale.

Nola Pender⁴ ritiene riduttivo definire la promozione della salute come semplice modificazione dello stile di vita e che tale concezione appartenga alla tradizione della medicina clinica. Le persone che adottano comportamenti di promozione della salute vogliono andare oltre l'assenza della malattia, desiderano raggiungere un più alto livello di benessere; per questo prendono in esame il loro stile di vita, considerano le varie opzioni disponibili e cercano di sfruttare al massimo le loro potenzialità. La promozione della salute non riguarda una particolare patologia o disfunzione: chi adotta comportamenti di promozione della salute è motivato dalla ricerca del più alto livello di benessere, non dalla prevenzione di una specifica malattia.

² Murray R., Zentner J. (2001), *Health Promotion Strategies through the lifespan*, Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall

³ Raeburn J., Akerman M., Chuengsatiansup K., Mejia F., Oladepo O. (2006), *Community capacity building and health promotion in a globalized world*, in "Health Promotion International", 21 suppl. 1, pp. 84-90

⁴ Pender N. (2005), *Health Promotion in nursing practice*, Norwalk, CT: Appleton & Lange

Per spiegare le attività di promozione della salute dell'individuo, Pender ha proposto una teoria che si sta attualmente cercando di estendere alle attività di promozione della salute intraprese dalle famiglie e dalle comunità⁵.

La teoria dell'*Health Promotion Model* (HPM), proposto nel 1982 e rivisto nel 1996, delinea un modello a tre componenti: caratteristiche ed esperienze individuali, cognizioni e influenze comportamento-specifici, risultati comportamentali⁶.

Le caratteristiche individuali includono precedenti comportamenti correlati alla salute e fattori personali biologici (indice di massa corporea, capacità aerobica, forza, agilità, equilibrio), socioculturali (etnia, formazione scolastica, status socio-economico) e psicologici (motivazione, autostima, definizione di salute, stato percepito).

Cognizioni e influenze comportamento-specifici comprendono diverse variabili, tra cui: percezione di benefici e ostacoli relativi all'azione, percezione dell'efficacia dei propri interventi o autoefficacia (convinzione di essere in grado di sviluppare una capacità o un comportamento), influenze correlate all'attività (sentimenti relativi a una certa attività), influenza di altre persone (famiglia, scuola, luoghi di lavoro, standard e supporti sociali) e influenza di situazioni (opzioni disponibili, ambiente).

Gli esiti comportamentali includono identificazione delle esigenze individuali, impegno responsabile nella realizzazione di un programma, nonché un comportamento volto alla promozione della salute.

Le tre componenti influenzano fortemente le azioni degli individui i quali, secondo il modello, interagiscono costantemente con l'ambiente.

⁵ Ruth F. Craven, Constance J. Hirnle (2011), *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Bologna, vol. II, p.792

⁶ Pender N. (1966), *Health promotion in nursing practice*, 3^a ed., Norwalk, CT: Appleton e Lange

Le persone sono sistemi biopsicosociali complessi che trasformano l'ambiente e ne sono, a loro volta, progressivamente trasformati.

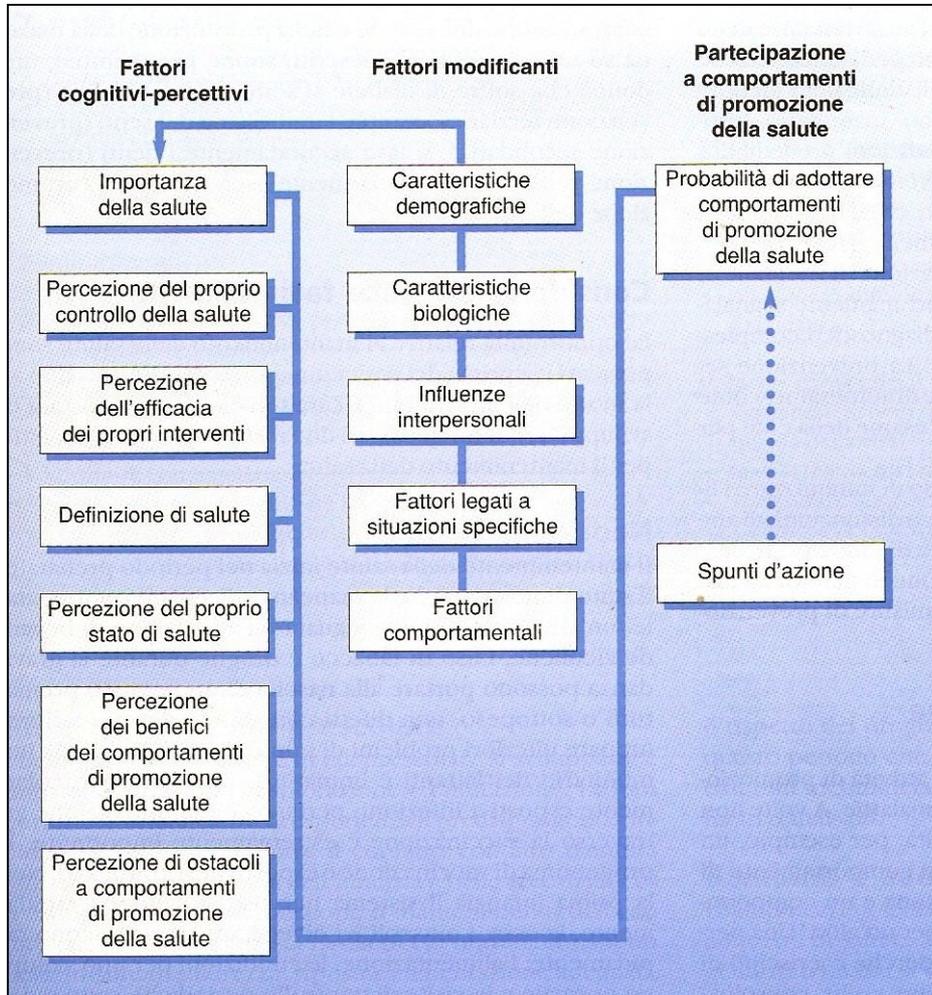


Fig. 1

Caratteristiche per un normale mantenimento della salute (adattato da Pender N.)

La riconfigurazione del modello persona-ambiente è necessaria per produrre un cambiamento nel comportamento considerato a rischio per la salute. Gli stessi operatori costituiscono un elemento dell'ambiente interpersonale che esercita un'influenza sulle persone durante la loro vita. Essi, attraverso azioni mirate, devono andare ad agire sulle barriere che limitano l'impegno degli individui nel raggiungimento dell'obiettivo salute. Tali barriere possono riguardare la paura di non farcela, la scarsa

conoscenza delle conseguenze dei comportamenti, la paura di essere giudicati dagli altri per le proprie scelte, la difficoltà nel riuscire a mantenere l'impegno nel tempo.

Le carte per la prevenzione

La Carta costituzionale italiana, redatta dai padri costituenti nel 1948, afferma che *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

La salute è quindi riconosciuta come un diritto fondamentale che non riguarda solo il singolo, ma l'intera collettività, e come un bene primario tra i diritti fondamentali.

Gli statuti e gli accordi che nel tempo sono stati sottoscritti dai vari paesi a livello internazionale indicano il percorso intrapreso dalle politiche di promozione della salute.

La *Dichiarazione Universale di Alma Ata*, firmata nel 1978 durante la *Conferenza internazionale sulla assistenza sanitaria primaria*, ha affermato la necessità a livello mondiale di proteggere e promuovere la salute di tutti i popoli del mondo.

La Conferenza ha riaffermato il concetto di “salute” come uno *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o di infermità”*. È un fondamentale diritto umano e il raggiungimento del più alto livello possibile di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali nel mondo, la cui realizzazione richiede

l'azione non solo del settore sanitario, ma anche di molti altri come quello sociale ed economico.

La promozione della salute della popolazione è essenziale per lo sviluppo economico e sociale e contribuisce ad una migliore qualità della vita. Le popolazioni hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla programmazione e alla realizzazione della loro assistenza sanitaria.

I governi hanno la responsabilità della salute delle loro popolazioni che può essere raggiunta soltanto fornendo loro adeguate misure sanitarie e sociali. La Conferenza auspicava di raggiungere l'obiettivo "*Salute per tutti*", secondo il quale entro l'anno 2000 tutte le popolazioni del mondo avrebbero dovuto toccare un livello accettabile di salute e poter accedere all'Assistenza Sanitaria Primaria.

Il principale documento internazionale sulla promozione della salute è stato formulato durante la prima *Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute*, riunita ad Ottawa il 21 Novembre 1986.

La *Carta di Ottawa* definisce la promozione della salute come "*il processo che conferisce alle persone i mezzi di assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e di migliorarla*".

Questo pensiero parte quindi da un concetto di salute positivo, per il quale essa è "*la misura in cui le persone possono realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni, ed evolversi con l'ambiente o adattarsi ad esso*". Una buona salute è definita come "*una ricchezza fondamentale per il progresso sociale, economico ed individuale*" ed "*è influenzata dai fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici*".

L'azione di promozione della salute ha il fine di ridurre le differenze attuali che caratterizzano il livello di salute, offrendo a tutti gli individui gli stessi mezzi per realizzare pienamente le loro potenzialità nel campo

della salute. Questo comprende creare un ambiente che offra a tutti l'appoggio, l'informazione, le attitudini e le possibilità per fare scelte sane.

Per offrire condizioni favorevoli alla salute, il sistema sanitario deve fare opera di mediazione tra le varie parti (governi, campo economico e sociale, organizzazioni di volontariato, singoli operatori sanitari, autorità regionali e locali, industria, mezzi di comunicazione di massa, ecc.).

La *Carta di Ottawa* delinea quindi i cinque obiettivi fondamentali dell'azione di promozione della salute:

- definire una politica pubblica per la salute, con l'apporto di metodi diversi ma complementari, tra cui la legislazione, la politica fiscale, i mutamenti organizzativi;
- creare ambienti e stili di vita che sostengano l'obiettivo, considerando il legame indissolubile che unisce individuo e l'ambiente in cui vive e proteggendo gli ambienti naturali e artificiali;
- rafforzare l'azione delle comunità locali, che devono partecipare concretamente alla definizione delle priorità, all'assunzione delle decisioni e all'elaborazione delle strategie;
- sviluppare le capacità della persona in modo che possa esercitare un maggior controllo sulla propria salute, appoggiando lo sviluppo individuale e sociale, offrendo informazioni e assicurando l'educazione sanitaria;
- riorientare i servizi sanitari verso una politica sanitaria multisettoriale in cui i privati, i gruppi comunitari, gli operatori sanitari e le istituzioni collaborino alla promozione della salute, che permetta ai singoli e ai gruppi di esprimere i propri bisogni e di sostenerli nella scelta di stili di vita sani.

La *Carta di Ottawa* sottolinea infine come la salute sia “*costruita e vissuta in diversi ambiti della vita quotidiana: nei luoghi dove si studia,*

si lavora, si gioca, si ama” e come essa derivi “dalle cure dedicate a noi stessi e agli altri, dalle attitudini a prendere decisioni ed a controllare le proprie condizioni di vita, dalla sicurezza che la società offra a tutti i suoi componenti la possibilità di godere di un buon livello di salute”.

Gli stati firmatari devono quindi impegnarsi *“a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa sanitaria, a sostenerle e a dar loro i mezzi affinché si conservino in buona salute, con i familiari e gli altri soggetti che le attorniano; s’impegnano anche ad accettare la comunità come il principale portavoce in materia di salute, di condizioni di vita e di benessere”.*

La *Carta di Ottawa* afferma che la salute non è solo una condizione fisica raggiungibile esclusivamente mediante prestazioni mediche, ma ha anche una valenza operativa per la quale si deve prevedere un intervento coordinato e armonico di diversi soggetti, dagli enti pubblici alle famiglie, dai mezzi di comunicazione alle organizzazioni della società civile. Le singole comunità sono interpretate come ingranaggi di supporto reciproco fra i singoli membri che devono svolgere quella funzione di mutuo-aiuto che permetta agli individui di condividere le conoscenze e le responsabilità che favoriscano il benessere collettivo.

La Carta è stata successivamente integrata nel documento dell’*Organizzazione Mondiale della Sanità* denominato *“Health21: La salute per tutti nel XXI secolo”*. Nel documento sono individuati due obiettivi fondamentali: la promozione e la protezione della salute delle persone lungo l’intero arco della vita e la riduzione dell’incidenza delle malattie e delle lesioni principali con il relativo sollievo dalle sofferenze che esse causano.

I valori che costituiscono il fondamento etico della dichiarazione riguardano la salute intesa come diritto fondamentale, la solidarietà tra

nazioni per raggiungere l'equità nella salute e la partecipazione di individui, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute.

Il quadro di riferimento per misurare e valutare i miglioramenti nella protezione della salute e nella riduzione dei rischi è dato dal raggiungimento di 21 obiettivi strategici che fanno riferimento ai bisogni della regione europea e che dovrebbero essere perseguiti dalle politiche socio-sanitarie dei diversi Paesi.

Gli obiettivi sono:

1. Solidarietà per la salute fra gli stati membri della Regione Europea - ridurre di almeno un terzo la disparità dello stato di salute ancora riscontrabile sul territorio europeo;
2. Equità nella salute fra i gruppi all'interno degli Stati – ridurre di almeno un quarto le diseguaglianze nello stato di salute esistenti tra i vari gruppi socioeconomici;
3. Un sano inizio di vita – assicurare un inizio di vita in buona salute a tutti i neonati e ai bambini in età prescolare;
4. La salute dei giovani – creare le condizioni per una migliore salute dei giovani, premessa indispensabile per un inserimento proficuo e attivo nella società;
5. Invecchiare in modo sano – garantire agli *over65* uno stato di salute che permetta di svolgere un ruolo nella società;
6. Migliorare la salute mentale – migliorare per tutti il benessere psicosociale e garantire assistenza sanitaria ai soggetti affetti da disturbi mentali;
7. Ridurre le malattie trasmissibili – ridurre l'impatto negativo sulla salute delle malattie trasmissibili;
8. Ridurre le malattie non trasmissibili – ridurre morbilità, disabilità e mortalità prematura provocata dalle principali malattie croniche;

9. Ridurre le lesioni causate dalla violenza e dagli incidenti – ridurre fortemente il numero di lesioni, invalidità e morti causati da eventi traumatici;
10. Un ambiente fisico sano e sicuro – controllare e ridurre gli agenti inquinanti dannosi;
11. Vivere in modo più sano – adottare per tutti stili di vita più sani;
12. Ridurre i danni causati dall'alcol, dalle droghe e dal tabacco – limitare i danni alla salute provocati dall'uso di sostanze che creano dipendenza;
13. Ambienti per la salute – dare a tutti la possibilità di usufruire di spazi fisici e sociali salutari;
14. Responsabilità multisetoriale nei confronti della salute – coinvolgere la responsabilità di tutti i soggetti interessati nei processi di promozione della salute;
15. L'integrazione del settore sanitario – offrire a tutta la popolazione un migliore accesso a un'assistenza sanitaria di base e un sistema ospedaliero rispondente alle diverse esigenze;
16. Attivarsi per un'assistenza di qualità – garantire una gestione del sistema sanitario coerente con l'obiettivo della salute per tutti;
17. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria e l'allocazione delle risorse – assicurare ai sistemi sanitari un finanziamento che consenta equità di accesso alle cure, efficienza e qualità dei servizi;
18. Lo sviluppo delle risorse umane orientate alla salute – garantire la formazione del personale che si occupa di tutelare la salute;
19. Ricerche e conoscenze orientate alla salute – disporre sistemi di ricerca, informazione e comunicazione atti a favorire l'implementazione delle conoscenze e la loro circolazione;

20. Realizzare alleanze orientate alla salute – collaborare fra organizzazioni pubbliche, private e della società civile e singoli individui per promuovere strategie condivise;
21. Politiche e strategie orientate alla Salute per tutti – coinvolgere tutti gli stati membri nell’adozione e nell’attuazione di politiche per la promozione della salute a livello nazionale, regionale e locale.

Risale al 1995 la *Dichiarazione di Consenso di Dublino*, sulla produzione della salute e le riforme del sistema di assistenza sanitaria, redatta dall’*Ufficio Regionale dell’OMS per l’Europa* e dal *Comitato europeo per lo Sviluppo della Promozione della Salute*.

La promozione della salute può contribuire alla riforma dei sistemi sanitari sul versante della produzione di salute e della prevenzione delle malattie. Gli Stati che l’hanno sottoscritta riconoscono che una buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo personale, sociale ed economico e rappresenta una importante dimensione della qualità della vita.

Nel documento sono individuate le strategie necessarie per promuovere e migliorare la salute. Le comunità locali devono imparare a migliorare con i propri mezzi lo stato di salute delle persone, ponendo particolare attenzione ai metodi di finanziamento, al contenimento dei costi, al decentramento, alle opinioni e alle scelte dei cittadini e al miglioramento del loro stato di salute come obiettivo fondamentale.

Una specifica considerazione va fatta sui prerequisiti della salute: un ecosistema stabile con risorse sostenibili, alloggi sicuri e salubri, un’alimentazione sana ed equilibrata, un reddito sufficiente, una buona istruzione, giustizia ed equità sociale sono tutti elementi integrati che devono essere garantiti in una società per tutti gli individui.

Devono essere presenti interventi grazie ai quali le singole persone possano acquisire e migliorare la capacità personale di difendere la

propria salute. Tale abilità può essere acquisita mediante l'informazione e l'educazione sanitaria nelle famiglie, nelle scuole, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della comunità.

I modelli tradizionali di prevenzione con i giovani

Tra gli approcci tradizionalmente utilizzati nel lavoro di prevenzione con gli adolescenti si riconoscono principalmente tre modelli: il metodo informativo-cognitivo, il metodo socio-affettivo e il metodo dell'educazione ai media.

Il metodo informativo-cognitivo costituisce un approccio basilico al tema della prevenzione ed è largamente utilizzato fin dagli anni '60. Questa metodologia si basa sull'intervento di un esperto adulto in grado di fornire ai ragazzi un esaustivo quadro informativo sui rischi e sulle conseguenze di determinati comportamenti.

Gli aspetti positivi di questo metodo risiedono innanzitutto nel fatto che l'apporto garantito da una persona esperta in una determinata materia garantisce ai ragazzi l'acquisizione in tempi rapidi di una notevole quantità d'informazioni sconosciute in precedenza, o conosciute solo marginalmente. Inoltre, se l'esperto è in grado di attuare uno stile comunicativo efficace e a fare presa sui giovani anche da un punto di vista carismatico, i ragazzi possono approfondire con efficacia aspetti tecnici relativi ad un determinato argomento (ad esempio il danneggiamento cerebrale conseguente al consumo di droghe).

Di contro, un'eccessiva focalizzazione sugli aspetti tecnici di una tematica, specialmente nel caso in cui non siano facilmente

comprensibili da un gruppo di ragazzi, rischia di compromettere l'efficacia di questa metodologia.

Il metodo socio-affettivo sposta invece il focus del suo approccio dal contesto clinico a quello sociale e comportamentale. Questa metodologia si scolla dalla centralità dell'informazione, sottolineando invece l'aspetto centrale dell'autostima, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione. Nel momento in cui l'adolescente riesce a conoscere se stesso e a cogliere la sua posizione in relazione agli altri, la sua capacità di determinare i propri comportamenti funge da scudo ai fattori di rischio tipici dell'età evolutiva.

Il metodo socio-affettivo può effettivamente risultare efficace, soprattutto perché è in grado di fornire ai soggetti interessati tutti gli strumenti per acquisire quelle capacità di autogestione che possono contribuire a evitare determinati comportamenti.

I dubbi che emergono riguardo a questa metodologia risiedono nella scarsa attenzione che viene dedicata alla conoscenza dei rischi, maggiormente garantita dal metodo informativo-cognitivo; a mettere a repentaglio l'efficacia del metodo socio-affettivo è anche la variabile del contesto ambientale che circonda il soggetto, che può facilitare o meno l'esposizione ai fattori di rischio.

Il metodo dell'educazione ai media concentra la sua strategia sulla ricezione che i ragazzi hanno dei modelli proposti dai media. La seguente metodologia punta dunque a fornire agli adolescenti i corretti strumenti per interpretare e decodificare quei messaggi elaborati dagli esperti di marketing che possono facilitare l'esposizione a determinati fattori di rischio per i ragazzi.

L'efficacia di questo metodo risiede nel fatto che effettivamente molti ragazzi individuano in alcuni dei modelli proposti dai media quegli elementi di trasgressione, configurati come “*sexy*” o “*glamour*”, che

possono poi sfociare in comportamenti a rischio. Una consapevole ricezione di questi messaggi garantisce dunque una diminuzione del rischio.

Come aspetto negativo legato a questo approccio si riconosce il fatto che i fattori di rischio vengono indicati esclusivamente in fattori esterni al soggetto, tralasciando invece le dinamiche fisiche e psicologiche dell'adolescente in crescita.

Ai programmi di prevenzione che utilizzano questi metodi tradizionali, si sono affiancati nel tempo progetti che fanno uso dello strumento della *peer education* nel lavoro con gli adolescenti.

La peer education

La *peer education* è un concetto diffuso che racchiude in sé un approccio, un canale comunicativo, una metodologia, una filosofia e una strategia.

L'espressione inglese *peer education*, letteralmente *educazione tra pari*, è popolare e di uso corrente a livello internazionale nel settore della prevenzione e della promozione della salute.

Nella lingua italiana e in altre lingue non trova un immediato corrispettivo, soprattutto a causa del termine *peer*, cioè pari, coetaneo.

Ai tempi antichi di re e regine tale termine faceva riferimento ad uno dei cinque gradi della nobiltà inglese ed era l'appellativo riservato a nobili aristocratici, uomini titolati e patrizi.

Nell'utilizzo attuale, secondo il dizionario Webster, sta ad indicare “*one that is of equal standing with another; one belonging to the same societal group especially based on age, grade or status*”⁷. Nella maggior parte della letteratura sulla prevenzione, la *peer education* è definita come “l'insegnamento o la condivisione di informazioni sulla salute, i valori ed i comportamenti, da parte di membri della stessa età e con un

⁷ Svenson G. R. (1998), *Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS*, Dipartimento di Medicina di Comunità, Università di Lund, European Commission

simile stato sociale”⁸. Pertanto la più semplice delle traduzioni in lingua italiana, “educazione tra pari”, rimanda al concetto di comunicazione tra coetaneo e coetaneo o tra persone appartenenti a un medesimo status e risulta pertanto inerente a fenomeni di influenza sociale⁹. La strategia di questo strumento è infatti quella di sfruttare il rapporto di influenza reciproca e continua che si manifesta all’interno di un gruppo di pari.

Recentemente diversi autori (Croce e Gnemmi, 2003; Dalle Carbonare, Ghittoni e Rosson, 2004) hanno declinato il termine in italiano come “prevenzione tra pari”, ponendo l’accento sull’uso della *peer education* come metodo di prevenzione costruito nelle scuole “dal basso”, sfruttando la presenza dei pari piuttosto che quella di esperti in ambiti scientifici. L’attitudine all’influenza sociale all’interno dei gruppi è stata utilizzata nell’ambito didattico ed educativo con i bambini, i preadolescenti e gli adolescenti. L’interazione giovane-coetaneo è stata proposta nella comunicazione faccia a faccia, sostituendola all’interazione giovane-adulto, con l’obiettivo di abbassare nettamente il contenuto di ansia presente in quest’ultima.

Nelle scuole degli Stati Uniti e del Regno Unito si è registrato un forte aumento di progetti di “consulenza” tra pari, fino ad un vero e proprio boom di attività di sostegno e *tutoring* tra pari, sia nell’ambito della scuola media superiore sia in ambito universitario.

Anche nell’educazione alla salute l’educazione tra pari si è andata configurando come modello di riferimento per lo sviluppo di strategie di prevenzione di comportamenti a rischio tra i membri di gruppi formali e/o informali di pari.¹⁰

⁸ Sciacca J. P. (1987), *Student peer health education: a powerful yet inexpensive felpi strategy*. *Peer Facilitator Quarterly*, 5, pp. 4-6

⁹ Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B., *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*, Edizioni Erickson, Trento, 2002

¹⁰ Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B., *L’educazione tra pari: prospettive teoriche e modelli*, in “Animazione sociale”, n. 10, Ottobre 2002, p.77

Evoluzione storica

La *peer education* fu sperimentata in Inghilterra nei primi anni dell'Ottocento con motivazioni puramente economiche, come risparmiare sul costo dell'insegnamento: secondo il metodo di mutuo insegnamento *monitorial system*, il maestro trasmetteva ai monitori, allievi più maturi e preparati, elementi minimi di apprendimento (leggere, scrivere, contare) affinché li trasmettessero a loro volta ad altri studenti.

Rinasce poi negli anni '60 negli Stati Uniti, dove ai ragazzi di classi superiori veniva affidato il compito di seguire la preparazione di studenti più giovani e in difficoltà, e negli anni '70 in cui si diffonde prevalentemente per la modifica di comportamenti e lo sviluppo di abilità specifici.

Successivamente il metodo della *peer education* venne diffuso nelle campagne di lotta alla droga e di tipo preventivo, tanto che negli anni '90 l'Organizzazione Mondiale della Sanità eseguì una rassegna sistematica di tutte le iniziative di *peer education* nella prevenzione al virus HIV.

Nell'Unione Europea l'attenzione verso l'educazione tra pari deriva in gran parte dal sostegno dato dalla Commissione Europea per la Sanità ad uno specifico progetto iniziato nel 1997 che ha visto coinvolte molte nazioni europee. Le esperienze realizzate hanno dato buoni risultati, coinvolgendo molti ragazzi delle scuole superiori nell'attuazione di progetti di prevenzione (educazione sessuale, HIV, consumo di tabacco, alcool e sostanze ad azione psicotropa, ecc.). Attualmente questo modello viene utilizzato per la comunicazione di messaggi preventivi, utilizzando lo stesso linguaggio della subcultura di riferimento.

In Europa il principale riferimento nelle strategie di prevenzione è *Europeer*, il Progetto Europeo sulla *peer education* che mira alla

prevenzione dell'AIDS tra gli adolescenti in ambito scolastico ed extrascolastico.

In Francia l'*Institut National de prévention et d'éducation pour la santé* sostiene la metodologia della *peer education*, in particolare nella prevenzione della guida pericolosa (per abuso di alcool, fumo, droghe) e delle malattie infettive (AIDS, epatite, vaccinazioni, ecc.).

In Italia l'educazione tra pari costituisce una prassi pedagogica relativamente giovane e in evoluzione nelle sue diverse espressioni, attivata e sperimentata nella maggior parte dei casi da operatori del servizio sanitario nazionale, del sociale, del volontariato e della scuola secondaria.¹¹ Negli ultimi dieci anni sono progressivamente aumentate le esperienze che utilizzano questo modello nel lavoro con i giovani, tra cui il progetto nazionale avviato nel 1999/2000 dal *Ministero della Pubblica Istruzione* negli Istituti Medi di 20 province.

Nelle realtà territoriali dove la connessione tra istruzione e sanità è più forte sono nati interessanti progetti di integrazione educativo-sanitaria. Nella regione Veneto, per esempio, le ULSS hanno collaborato con le scuole superiori per progettare azioni di prevenzione avvalendosi del metodo della *peer education*. Due progetti, *Icaro* e *Sfumiamo i dubbi*, hanno riguardato rispettivamente il tema del consumo di sostanze psicoattive e il tabagismo.

Di significativa importanza stanno diventando anche le sperimentazioni, ampiamente documentate in pubblicazioni e convegni, condotte nelle Aziende sanitarie di Bologna, nella provincia di Varese e nei territori di Verbania e della provincia di Cuneo. In particolare, per quanto riguarda Verbania, l'ASL del VCO ha sviluppato negli ultimi anni una grande esperienza in materia di educazione tra pari, riconosciuta a livello nazionale, fondata sulla cooperazione di una pluralità di

¹¹ Colosimo M., *Esperienze di peer education in Italia*, in "Proposta educativa", n. 3 set-dic 2008, pp. 73-81

soggetti: adolescenti, insegnanti, operatori del servizio sanitario, professionisti, volontari. Dall'esperienza iniziata nel 1996 nelle scuole della provincia di Verbania è nata l'associazione *Contorno Viola* che si occupa principalmente di prevenzione all'AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili, collaborando con il Comune di Verbania, le strutture dell'ASL e altre associazioni territoriali. L'approccio alla prevenzione sviluppato nella provincia è riconosciuto unanimemente a livello nazionale come un modello di eccellenza ed è stato divulgato attraverso due iniziative editoriali del 2003 e del 2004: *Peer education. Adolescenti protagonisti nella prevenzione* e *Peer educator. Istruzioni per l'uso*. Infine, l'organizzazione di due convegni a rilevanza nazionale ha contribuito a diffondere ulteriormente questa metodologia: *Peer education. Adolescenti protagonisti di quale prevenzione?* (Verbania, ottobre 2003) e *Peer & Video Education* (Verbania, novembre 2008) sugli sviluppi dell'educazione tra pari inserita in un contesto multimediale, caratterizzato da nuovi linguaggi e nuove forme comunicative nell'approccio educativo.

Durante il primo convegno è stata redatta dai *peer educator* coinvolti la *Carta dei peer*, che in dieci punti sintetizza lo spirito della didattica basata sull'educazione tra pari:

1. Il *peer* nel gruppo fa cultura
2. Il *peer* non è un professore
3. La *peer education* è ricerca
4. La prevenzione è esperienza
5. La *peer education* è partecipazione
6. Gli adulti stanno dietro le quinte
7. La *peer education* non è delega
8. La *peer education* è sostenuta da una rete
9. La *peer education* è contagiosa
10. La *peer education* fa entrare la vita nella scuola

Il percorso di peer education

Nei progetti di *peer education* l'adolescente diventa l'attore principale della propria crescita, il fautore del proprio benessere e il soggetto che in prima linea svolge su se stesso e sugli altri azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio.

*La peer education “non è un approccio verticale in cui il peer diventa nulla più che di un “monitore” di un messaggio preventivo formulato dagli adulti, né tantomeno una dismissione del ruolo degli adulti delegando alle dinamiche orizzontali fra giovani l'individuazione dei temi e modalità di approccio alla prevenzione. Una strategia in grado di mettere in relazione, in modo creativo, una rete di adulti orientata alla prevenzione sociale con il mondo giovanile, le sue dinamiche cognitive e affettive e i suoi codici comunicativi”.*¹²

L'obiettivo prioritario delle campagne di prevenzione e di promozione della salute sono gli effettivi cambiamenti nelle conoscenze, nelle credenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti nei confronti di un tema scelto da affrontare nell'arco di un tempo solitamente di due anni. Lo strumento d'azione della *peer education* permette di riflettere di produrre lo sviluppo di specifiche competenze nei *peer educator*, ma anche nel gruppo target dei giovani coinvolti.

Il momento in cui gli operatori scelgono all'interno di un gruppo di giovani un numero ristretto di ragazzi da formare per diventare *peer educator* è molto delicato e può compromettere la riuscita di buona parte del progetto. Il ragazzo da coinvolgere nel programma come *peer educator* deve rispondere a criteri precisi: deve essere accettato dal gruppo target, deve avere una personalità forte e dovrebbe avere una

¹² Ottolini G. (2011), *La strategia dell'ipotenusa*, in *Verso una peer education 2.0?*, supplemento ad "Animazione Sociale", n. 251/2011, p.43

buona motivazione a partecipare al programma per essere sicuri che ne sia parte attiva per un buon periodo di tempo.

*I peer educator sono “persone con un interesse comune che vengono formate a sviluppare conoscenze e specializzazioni appropriate e a condividere queste conoscenze, in modo da informare e preparare altri e diffondere competenze e abilità simili all’interno dello stesso gruppo di interesse. Il peer educator “ideale” è un giovane amato dai suoi coetanei che dispone di un’ampia rete sociale, è affidabile, credibile e gli altri giovani si rivolgono a lui per chiedere consigli. Deve trattarsi di una persona “innovativa”, nel senso che è abituata ad introdurre nuove idee e comportamenti nel suo gruppo di coetanei, ma nel contempo non è troppo “radicale” o esterno al gruppo al punto che altri giovani non sarebbero disposti ad ascoltarlo. Questa persona viene solitamente definita un’“opinionista nato”.*¹³

Generalmente i progetti di educazione tra pari prendono avvio nelle classi terze della scuola interessata da un programma di prevenzione della salute. Tale popolazione studentesca risulta particolarmente adatta poiché i soggetti conoscono a sufficienza l’ambiente scolastico e contemporaneamente ne faranno ancora parte per alcuni anni.

Il percorso dovrebbe essere successivamente costituito da tre fasi:

- breve incontro con gli studenti delle classi terze, presentazione del progetto, della metodologia e del tema proposto, ricerca dei *peer educator*;
- costituzione del gruppo di lavoro dei *peer educator* e approfondimento del progetto;
- periodo di formazione in cui i ragazzi sono destinatari e conferma della partecipazione;

¹³ Svenson G. R. (1998), *Linee guida europee per la ...*, op. cit.

- intervento dei *peer educator* che diventano attori protagonisti nelle varie classi.

Nella prima fase gli educatori conosceranno la classe e stimoleranno i ragazzi a riflettere sul tema scelto in maniera generale e poco approfondita. I ragazzi sono lasciati liberi di esprimersi, di analizzare la propria idea in merito e di contraddirsi senza essere giudicati. In questa fase i ragazzi delle classi terze partecipano ad almeno due incontri con esperti adulti che veicolano informazioni e conoscenze sull'ambito di interesse.

Durante gli incontri i ragazzi sono stimolati ad esprimersi, ad interagire attraverso il gioco e le attività proposte e a porre tutte le questioni a cui sono interessati. Ai ragazzi viene richiesto di riflettere attraverso un momento di autovalutazione sulla propria persona rispetto ad alcune variabili: impegno socioculturale, capacità di onorare un impegno preso, capacità di comunicare e relazionarsi con gli altri, capacità di lavorare in gruppo e raggiungere un obiettivo, passioni e capacità artistiche.

Questa attività dovrebbe aiutare i ragazzi ad essere obiettivi riguardo a quelle caratteristiche necessarie per diventare un *peer educator*, che non sono comunque vincolanti e permette inoltre di valutare la motivazione e la disponibilità dei ragazzi a sviluppare il progetto della *peer education* e a portarlo avanti anche negli anni seguenti.

La candidatura dei ragazzi al gruppo di lavoro è quindi volontaria e non dovrebbe essere in alcun modo pilotata dagli insegnanti aprioristicamente. Terminati gli incontri, gli educatori devono procedere alla selezione dei ragazzi che continueranno la formazione in qualità di *peer educator*.

La seconda fase ha come obiettivo principale la costruzione del gruppo di lavoro degli educatori tra pari, provenienti da classi diverse. Gli educatori devono presentare in modo chiaro la struttura del progetto di

prevenzione, proponendone fasi, obiettivi e metodologie di lavoro da adottare nel biennio.

Ai ragazzi è affidata l'operatività degli interventi e la qualità dei contenuti da proporre. Il gruppo di lavoro deve aderire all'obiettivo principale del progetto: produrre cambiamenti nella propria scuola, per aumentare il benessere socio-sanitario degli studenti che la frequentano.

In questa fase è importante aiutare i futuri *peer educator* a costruirsi l'idea del loro ruolo nel progetto, del contributo che è loro richiesto e dell'impegno necessario per raggiungere l'obiettivo.

I ragazzi devono percepirsi come soggetti che, attraverso la sperimentazione di attività positive all'interno del gruppo dei pari, saranno capaci di produrre un cambiamento.

La leadership in questo momento sarà ancora nelle mani del gruppo di operatori che guideranno passo passo i giovani nell'acquisizione delle *life skill*, fino ad assumere progressivamente la completa autonomia e responsabilità del progetto.

Il clima in cui tutta la fase di svolge deve essere sereno, accogliente e non giudicante, deve stimolare il confronto, la conoscenza dell'altro e la condivisione delle proprie risorse personali.

Dopo circa tre incontri della durata di 6-7 ore, gli educatori devono guidare il gruppo nella definizione dei contenuti del progetto. Solitamente le tematiche approfondite negli interventi per e con gli adolescenti sono già definite a priori dalle politiche pubbliche.

Esse possono riguardare:

- il tabagismo;
- l'uso di sostanze ad azione psicotropa;
- l'abuso di alcool
- il gioco d'azzardo;
- l'uso del cellulare e l'educazione ai media;

- la dimensione corporea;
- la salute sessuale ed i comportamenti a rischio per HIV e malattie sessualmente trasmissibili;
- i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, *binge-eating disorder*);
- il bullismo e la violenza;
- l'educazione stradale e la guida sicura;
- la cittadinanza attiva e il volontariato.

Ogni giorno i ragazzi sperimentano insidie nuove, non sempre etichettabili con categorie note. Gli educatori, gli insegnanti e i genitori devono sempre porre attenzione a ciò che succede agli adolescenti dentro e fuori la scuola, per essere pronti a proporre strategie utili a risolvere problemi complessi.

Nelle scuole in cui i progetti di *peer education* sono consolidati nel tempo ed è presente un passato di azioni di prevenzione stabili è ipotizzabile che la scelta del tema sia proposta dal gruppo di adolescenti stesso sulla base di analisi dei bisogni condotta dai ragazzi.

Nella terza fase si definisce la composizione precisa del gruppo di lavoro e i ragazzi sono chiamati a impegnarsi con consapevolezza nell'attività. Da questo momento il gruppo inizia a riconoscersi come tale e a sperimentare azioni in autonomia, prendendo le distanze dal gruppo degli educatori. Esperti competenti sul tema da trattare sono invitati per condurre il programma formativo che impegnerà i ragazzi per circa 4 incontri. I consulenti possono provenire da aziende pubbliche e private, dalle aziende socio-sanitarie, ma anche da associazioni e organizzazioni del terzo settore che lavorano in rete con le scuole e si occupano di prevenzione.

Durante i seminari verrà approfondito il tema, fornendo ai *peer educator* informazioni precise sull'argomento e sui comportamenti a rischio collegati. I ragazzi saranno stimolati a riflettere e a confrontarsi

all'interno del gruppo di lavoro, a porre domande ai formatori, ad attingere al proprio vissuto riguardo al tema e ad affrontare un dibattito. Il percorso non è finalizzato a produrre sapere fine a se stesso, ma a far sviluppare negli adolescenti le abilità richieste nel secondo anno per le attività di prevenzione nelle classi più piccole.

L'apprendimento della creatività, del senso critico, della comunicazione efficace, dell'autocoscienza, dell'empatia, della gestione delle emozioni e dello stress, della capacità di prendere decisioni, di risolvere i problemi e di relazionarsi sono stimulate durante i vari incontri proprio per permettere ai ragazzi di essere sostenuti da un bagaglio di competenze nel momento in cui svolgeranno il loro ruolo di educatori alla prevenzione nel gruppo dei pari. La formazione dei *peer educator* ha lo scopo di favorire in prima istanza l'attivazione del gruppo dei pari e l'elaborazione della sua identità, piuttosto che generare esperti in miniatura.

La quarta fase del progetto si svolge nel secondo anno, quando i *peer educator* staranno frequentando la classe quarta. Il gruppo di lavoro, che ha acquisito le informazioni sull'argomento e le abilità necessarie a trasmetterle, svolgerà in prima persona alcune attività di promozione della salute nelle classi terze della scuola. I primi incontri saranno finalizzati a ricompattare il gruppo, ricordare le motivazioni, rinnovare l'impegno e condividere nuovamente il tema e le azioni del progetto.

Il gruppo di educatori deve progettare le giornate in cui i *peer educator* saranno interessati dalle attività in modo che essi possano essere pronti a conciliare il progetto di prevenzione con i propri impegni scolastici ed extrascolastici. È opportuno prevedere delle schede di valutazione e autoanalisi che permettano di monitorare lungo tutto il percorso sia il lavoro in generale sia le competenze e i risultati raggiunti dal gruppo. Dopo alcuni incontri in cui saranno simulati degli interventi in classe e

rafforzate le tecniche di conduzione dei gruppi, i *peer educator* entreranno nelle classi terze per svolgere l'attività di prevenzione e promozione della salute in un gruppo di pari.

L'obiettivo degli educatori tra pari non sarà quello di insegnare ai ragazzi che incontreranno, piuttosto di trasmettere le proprie esperienze e sentimenti e di porsi come un modello che intraprende scelte informate, che discute e si confronta nella relazione coi coetanei.

Facendo leva sul medesimo patrimonio linguistico, valoriale e rituale i *peer educator* veicolano in modo facilmente accessibile e attraente i contenuti che vogliono essere comunicati.

Nel gruppo dei pari, forse per la prima volta in senso positivo, i ragazzi avranno l'occasione di riconoscersi nell'altro attraverso il confronto e il dibattito, nella stessa misura in cui lo fanno con l'omologazione nell'abbigliamento, nel trucco, nell'uso spropositato del cellulare o nei comportamenti aggressivi.

Questa fase presenta delle problematiche e va gestita con molta attenzione e impegno dal gruppo degli educatori affinché sia valida. È il cuore del progetto: per produrre un cambiamento il messaggio deve veicolare efficacemente dal *peer educator* al pari destinatario.

La modalità operativa e lo strumento della *peer education* possono essere riproposti di anno in anno, invitando gli studenti destinatari a diventare *peer educator* e innovando il tema a seconda dei bisogni espressi dagli studenti della scuola.

Con il consolidamento delle tecniche e delle attività di prevenzione all'interno della scuola si genererebbe un virtuosismo in cui i ragazzi di quinta potrebbero diventare una guida per quelli di quarta che si affacciano per la prima volta nelle classi come protagonisti in azione. Ciò permetterebbe di mantenere la continuità e passare il testimone in maniera soft prima di terminare il ciclo di studi della scuola superiore.

I ragazzi potranno dare preziosi consigli ai neofiti, essere valorizzati per l'impegno profuso e rappresentare un nuovo tipo di risorsa senza essere distolti dallo studio impegnativo dell'ultimo anno.

L'educazione tra pari in una prospettiva teorica

Prima di effettuare un intervento di tipo educativo si prendono in considerazione le teorie di riferimento, si valutano i motivi per cui si è convinti che l'intervento sarà efficace e i possibili esiti che si spera possa avere. Le teorie scientifiche riassumono ed integrano le conoscenze esistenti e ci guidano nella comprensione dei meccanismi che inducono i cambiamenti comportamentali.

Le teorie sono testate e corrette scientificamente e ci consentono di descrivere, spiegare e prevedere i processi e gli esiti degli interventi.

Di seguito sono prese in considerazione le più citate a livello internazionale, tra le numerose e valide teorie comportamentali che possono essere applicate per orientare gli interventi di *peer education*.

Le zone di sviluppo prossimale di Vygotskij

Lev Semënovič Vygotskij, psicologo sovietico, ha messo in relazione apprendimento del singolo ed esperienza di gruppo, dimostrando come

sia necessaria una buona cooperazione affinché ci sia uno sviluppo individuale.

Prendiamo ad esempio l'esperienza di un bambino che gioca in un gruppo. Il bambino richiamato dall'insegnante o da altri compagni a riflettere ed autoregolare il proprio comportamento rispetto alle regole del gioco sta interagendo con persone del suo ambiente e in cooperazione. In quel momento i processi cognitivi si attivano e il bambino sviluppa la capacità di subordinare il proprio comportamento alle norme. Solo in un secondo momento, dopo l'interiorizzazione delle regole e del processo cognitivo, il bambino sviluppa la funzione interna dell'autoregolazione volontaria del comportamento. Il processo di interiorizzazione è stimolato dalla possibilità di riflettere su quanto si sta facendo, di confrontarsi con altri, di chiarire meglio le proprie posizioni difendendole dalle obiezioni degli altri, di spiegare in modo che gli altri capiscano quello che si vuole dire (Dixon-Krauss, 1998; Moll, 1990).

Nel testo considerato il suo capolavoro, Vygotskij afferma che *“l'apprendimento umano presuppone una natura sociale specifica e un processo attraverso il quale i bambini si inseriscono gradualmente nella vita intellettuale di coloro che li circondano. Le funzioni prima si formano nel collettivo, nella forma di relazioni tra bambini e così diventano funzioni mentali per l'individuo”*.¹⁴

La competenza è quindi prima co-costruzione sociale (apprendimento socializzato) e poi, con la mediazione di segni, individuale ed ha come risultato lo sviluppo cognitivo (Vygotskij, 1978).

“Nello sviluppo culturale del bambino ogni funzione compare due volte, su due piani: dapprima compare sul piano sociale, poi sul piano psicologico. Prima compare tra due persone, sotto forma di categoria

¹⁴ L. S. Vygotskij (1934), *Pensiero e linguaggio*, ed. critica a cura di L. Mecacci, Bari-Roma, Laterza, 1990

interpsicologica, poi all'interno del bambino, come categoria intrapsicologica” (Vygotskij, 1981).

Il bambino che apprende deve essere considerato come un protagonista attivo e responsabile, e non come soggetto passivo di un apprendimento deciso da altri. L’elaborazione attiva delle informazioni che giungono al soggetto, la comprensione, il confronto e l’interazione di diverse fonti informative generano un apprendimento significativo (sviluppo dell’intelligenza critica). Per uno sviluppo ottimale delle competenze individuali il bambino non è solo, ma è supportato da un gruppo a cui sente di appartenere e sul quale può contare per essere aiutato a raggiungere obiettivi apprenditivi comuni (teoria dell’apprendimento sociale della conoscenza). Il gruppo di appartenenza diventa quindi l’elemento facilitatore e catalizzatore dell’apprendimento del singolo, il luogo in cui il soggetto può usufruire di un’“area di sviluppo prossimale”.

Il concetto di “area di sviluppo prossimale” illustra chiaramente l’importanza dell’interazione sociale nell’apprendimento. Nella figura sottostante sono rappresentate le tre aree dello sviluppo apprenditivo: l’area della competenza individuale (A), l’area dello sviluppo prossimale della competenza individuale (B) e l’area della non conoscenza o della non competenza (C).

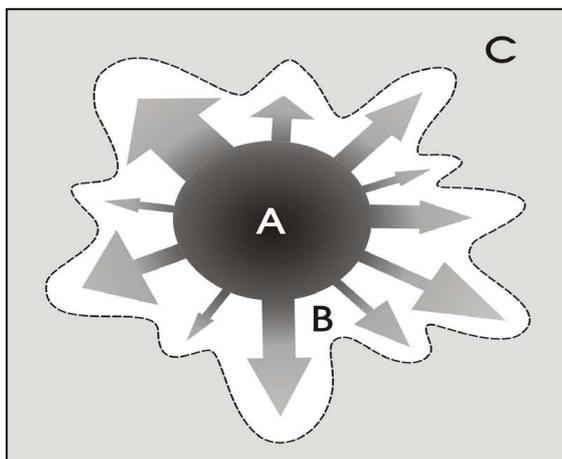


Fig. 2 – Le aree dello sviluppo apprenditivo

Il livello effettivo di sviluppo (area A), definisce le funzioni che sono già maturate (competenza individuale) e che il bambino può gestire autonomamente, mentre nel livello di sviluppo prossimale afferiscono i problemi che il bambino non può risolvere autonomamente senza assistenza.

Vygotskij (1934) definisce la zona di sviluppo prossimale (area B) come *“la distanza tra il livello attuale di sviluppo così come è determinato dal problem solving autonomo e il livello di sviluppo potenziale così come è determinato attraverso il problem solving sotto la guida di un adulto o in collaborazione con i propri pari più capaci”*.

Il soggetto sperimenta l'esistenza di una zona di sviluppo prossimale e riconosce all'interno del gruppo dei pari la presenza di un altro più esperto che può consentirgli l'acquisizione e la costruzione della conoscenza. Essa inizia quando, attraverso l'interazione con gli altri, le nuove informazioni si ancorano a processi già consolidati e avviene la loro “interiorizzazione”. Le frecce disomogenee che partono dall'area della competenza individuale indicano come lo sviluppo della conoscenza sia disomogeneo nei vari settori, e consenta la presenza di vari tipi di intelligenza come ha ipotizzato per esempio Gardner (1987). Il gruppo classe nella prospettiva vygotkijana può essere definito come un insieme dinamico di individui che condividono uno scopo comune, caratterizzato da un rapporto di interdipendenza positiva tra i membri del gruppo.¹⁵

Considerata quindi la teoria di Vygotskij, i progetti di *peer education* dovrebbero svilupparsi nell'area dello sviluppo prossimale che

¹⁵ Dozza L. (1993), *Il lavoro di gruppo tra relazione e conoscenza*, La Nuova Italia

rappresenta ciò che il bambino/ragazzo potrebbe fare se aiutato dall'operatore o dai compagni.

La formazione dei *peer educator* diventa fondamentale per incrementare le zone di sviluppo prossimale potenzialmente sviluppabili all'interno di un gruppo di pari. L'efficacia dell'intervento di *peer education* dovrebbe quindi consistere nel facilitare e far avvenire processi di interiorizzazione in base alle azioni promosse e alla loro rielaborazione.¹⁶

Il gruppo dei pari è un gruppo fondato sull'aiuto reciproco, in cui ogni elemento ha bisogno degli altri per raggiungere l'obiettivo. La partecipazione è strutturata con cura dall'operatore. Obiettivi, fasi, tempi di lavoro, ruoli e strumenti sono concordati insieme e tutti sono coinvolti in modo attivo e partecipativo.

Nei gruppi tradizionali l'attività è decisa dall'insegnante, tra i ragazzi c'è un basso livello di interdipendenza, la responsabilità dei ragazzi è individuale e la partecipazione è competitiva o individualistica. In essi, l'insegnante è disinteressato o interviene solo quando si verificano comportamenti inaccettabili, l'attenzione al monitoraggio è scarsa e le gratificazioni sono individuali.

I progetti di *peer education* sono invece caratterizzati da:

- alto livello di interdipendenza positiva tra i ragazzi;
- responsabilità individuali e di gruppo dei ragazzi;
- partecipazione cooperativa, con un insegnante che osserva le relazioni e interviene solamente se strettamente necessario;
- attenzione al monitoraggio dei comportamenti sociali agiti;
- gratificazioni rivolte all'intero gruppo.

¹⁶ L. Dixon-Krauss, *Vygotskij nella classe. Potenziale di sviluppo e mediazione didattica*, Trento, Erickson, 2000

Quando i ragazzi svolgono attività di riflessione comune, si confrontano, cercano di comprendere altri punti di vista, chiariscono i propri pensieri e focalizzano le proprie convinzioni, acquisiscono maggior consapevolezza metacognitiva e trasferiscono la competenza socializzata in competenza individuale.

Lo sviluppo delle intelligenze multiple di Gardner

Howar Gardner, psicologo americano, ha proposto il superamento della concezione di intelligenza come fattore unitario calcolabile tramite i test di intelligenza tipici della tradizione statunitense basati sulla misurazione del pensiero logico e del pensiero linguistico.

Secondo la *Teoria delle Intelligenze Multiple* (TIM) è errato ritenere che ci sia un'unica intelligenza, una capacità singola, inviolabile e data alla nascita, misurabile attraverso test eseguiti con matita su carta che escludono la maggior parte delle modalità di accesso alla conoscenza.

Gardner definisce invece l'intelligenza innanzitutto come un'abilità di *problem solving* in un preciso ambiente e contesto. Egli afferma infatti che *“una competenza intellettuale umana deve comportare un insieme di abilità di soluzione di problemi, consentendo all'individuo di risolvere problemi o difficoltà in cui si sia imbattuto e, nel caso, di creare un prodotto efficace”*.¹⁷

In un dato campo dell'esperienza umana e del sapere, la capacità di creare prodotti apprezzabili e di produrre prestazioni esperte è quindi

¹⁷ Gardner H. (1983), *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*, Basic Books, New York, p.80

collegata al parametro puramente cognitivo. L'intelligenza non è quindi un dato, ma un costrutto suscettibile di modificazioni a seconda del punto di vista storico e/o geografico in cui è inserita. Essa è considerata non come un processo meramente intrapsichico, ma è soggetta ad una contestualizzazione storico-socio-culturale, ossia si manifesta in un ambiente favorevole in cui le espressioni propriamente biologiche possono materializzarsi. L'intelligenza è distribuita anche all'esterno della mente, nelle risorse extra-individuo (cose, materiali, persone, ecc.) che condividono con il soggetto un ambiente. I soggetti che apprendono possono sviluppare e potenziare il proprio profilo intellettuale interagendo con le risorse umane e materiali presenti nei luoghi in cui vivono. Gardner considera le intelligenze come dispositivi innati, potenzialmente a disposizione di ogni soggetto fin dalla nascita, che hanno tuttavia bisogno di essere riconosciuti ed esercitati per poter avere un adeguato sviluppo.

Gardner, dopo aver preso in considerazione diverse etichette (*competenze intellettuali, processi di pensiero, capacità cognitive, abilità cognitive, facoltà umane, talenti di tipo cognitivo*) definisce "intelligenze umane" i campi particolari di competenze intellettuali che il soggetto umano possiede in potenza e che possono evolvere e svilupparsi se stimolate adeguatamente.

Pur ritenendo che ogni atto di apprendimento coinvolga l'individuo nella sua totalità, Gardner definisce sette tipologie di intelligenza, ognuna delle quali è deputata a differenti settori dell'attività umana:

- intelligenza linguistica (sensibilità per la semantica e la fonologia, capacità mnemonica, capacità di cogliere le sottigliezze sintattiche, di usare le funzioni pragmatiche di una lingua e di cogliere, memorizzare e riprodurre espressioni linguistiche);

- intelligenza musicale (sensibilità per la composizione musicale e per l'ascolto, capacità di riconoscere tono, ritmo e timbro di un suono);
- intelligenza logico-matematica (capacità di classificare, ordinare e relazionare gli oggetti astratti);
- intelligenza spaziale (capacità di percepire con precisione il mondo visivo, di manipolarlo e di cambiarlo a livello di immagini mentali, riuscendo a creare elementi visivi anche senza input concreti di riferimento);
- intelligenza corporea cinestetica (capacità di controllare i movimenti del proprio corpo e di manipolare efficacemente gli oggetti);
- intelligenza personale intrapersonale (capacità di conoscere intimamente e classificare i propri punti di forza, limiti, pulsioni interne, emozioni e sentimenti);
- intelligenza personale interpersonale (capacità di relazionarsi con gli altri e instaurare amicizie, predisposizione alla leadership, abilità di risolvere i conflitti e di analisi sociale).

La mancanza delle due intelligenze personali hanno una diversa tollerabilità rispetto alle altre. Il conoscere se stessi e il sapersi adattare all'ambiente circostante sono due abilità necessarie per ogni individuo.

Durante la vita, l'essere umana passa progressivamente attraverso varie fasi di sviluppo: dalla fruizione del mondo auto centrica senza interpretazione, alla demarcazione del "fuori" rispetto a "se", alla capacità di comprendere la realtà che lo circonda in relazione con gli altri e le loro interpretazioni.

Relazionandosi con l'altro, osservando gli schemi sociali esterni, muta simultaneamente anche l'interpretazione di se stessi. Con l'inizio della scuola il bambino entra in un gruppo di pari diverso dal gruppo della famiglia e sperimenta un nuovo ruolo sociale. Il bambino si concentra sulle proprie capacità, sul raggiungimento degli obiettivi scolastici e vive

il timore di inadeguatezza verso gli altri bambini. Durante l'adolescenza il ragazzo è impegnato a rincorre i propri desideri, motivazioni ed esigenze interiori, ed è contemporaneamente attento al ruolo sociale che gli viene richiesto di interpretare dagli altri coetanei.

Rispetto alla *peer education*, la *Teoria delle Intelligenze Multiple* riconosce ai giovani *peer educator* l'esistenza di un potenziale di intelligenza interpersonale insito "naturalmente" nel gruppo dei pari del loro ambiente di vita. È necessario che i progetti di prevenzione della salute sviluppino nei *peer educator* competenze significative nelle modalità di comunicazione e nei contenuti da comunicare al fine di essere efficaci nella promozione della salute nel gruppo dei pari.

L'intelligenza emotiva di Goleman

Daniel Goleman, psicologo, scrittore e giornalista statunitense, riprende l'insegnamento dello psicologo Salovey e, nel 1995, sviluppa il modello dell'*Intelligenza emotiva*. Goleman definisce il concetto di Intelligenza emotiva come "*la capacità di persistere nel perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni, di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione, di modulare i propri stati d'animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare, di essere empatici e di sperare*".¹⁸

Come riportato nello studio di Van Der Stel e Vooderwind, l'intelligenza emotiva "*rinvia alla conoscenza di sé, alla capacità degli individui di auto motivarsi e di controllare gli impulsi, all'empatia e alla*

¹⁸ D. Goleman (1997), *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli

*speranza, alla capacità di muoversi efficacemente nelle relazioni sociali e di esprimere i propri sentimenti”.*¹⁹

Più precisamente, l'Intelligenza emotiva è un'insieme di cinque specifiche abilità:

- la consapevolezza di sé;
- la padronanza delle proprie emozioni;
- la motivazione;
- l'empatia;
- le abilità nelle relazioni interpersonali.

La consapevolezza di sé è la capacità di riconoscere un'emozione quando essa sta per manifestarsi. Quest'abilità permette all'individuo di incrementare il proprio livello di autoconsapevolezza e di monitorare la propria vita. Il soggetto che sa riconoscere le emozioni che prova può compiere scelte consapevoli riguardo gli avvenimenti, minori o importanti, della propria vita.

La capacità di controllare i propri sentimenti e renderli appropriati è una caratteristica fondamentale per il benessere e la stabilità di un individuo. Essa permette di tollerare e affrontare equilibratamente gli eventi positivi e negativi della vita.

La motivazione è la capacità di controllare le proprie emozioni per raggiungere un obiettivo. In questa spinta positiva, le emozioni sono positive e l'individuo non si focalizza sull'azione, ma sul piacere dell'atto.

L'empatia è la capacità di comprendere i bisogni e i desideri degli altri e del saper entrare in connessione con il prossimo attraverso l'ascolto e l'immedesimazione. Essa facilita l'inizio di un'interazione, il riconoscimento dei sentimenti e delle preoccupazioni negli altri e stimola

¹⁹ Van Der Stel J. e Vooderwind D. (2001), *Manuale di prevenzione: alcol, droghe e tabacco*, Milano, Franco Angeli

la risposta adeguata. Secondo Goleman è una delle abilità sociali più importanti in quanto accresce le competenze sociali.

Le abilità nelle relazioni interpersonali riguardano la capacità di stare insieme agli altri, comportarsi in modo adeguato, tessere relazioni, negoziare i conflitti e collaborare in gruppo.

Attraverso l'educazione e lo sviluppo di tali capacità ogni essere umano può imparare ad agire per scelta ed essere emotivamente intelligente.

La competenza di provare emozioni è innata ed incomincia per il feto già nell'utero materno. L'educazione emozionale è appresa poi nel contesto della famiglia, attraverso le parole, le azioni, ma soprattutto i modelli che i genitori offrono gestendo i propri sentimenti e la relazione coniugale.

Rispetto al Quoziente intellettivo che va incontro a pochi cambiamenti una volta passata l'adolescenza, l'Intelligenza emotiva va invece educata e sviluppata attraverso l'esperienza affinché si trasformi in qualsiasi momento in competenza e renda il soggetto autonomo nell'uso di tutte le sue potenziali abilità, anche quelle puramente intellettuali. Molti studi hanno dimostrato come i bambini e gli adolescenti che imparino a gestire le proprie emozioni e a controllare i propri istinti tollerino meglio le situazioni stressanti, imparino a comunicare meglio i propri stati emozionali e siano in grado di sviluppare relazioni positive con la famiglia e gli amici; ottengono inoltre più successi a scuola, nel lavoro e nella vita in generale [Elias & Weissberg (2000); Elias, Zins, Weissberg, Frey, Greenberg, Haynes, Kessler, Schwab-Stone & Shiver (1997); Payton, Wardlaw, Graczyk, Bloody, Trompsett e Weissberg (2000)].

Il modello di Goleman, come anche lo strumento della *peer education* applicato al campo della promozione della salute, non punta al più basilare apprendimento scolastico di carattere cognitivo e informativo.

Lo sviluppo dell'intelligenza emotiva è un elemento fondamentale per i progetti di prevenzione dei comportamenti a rischio poiché permette l'apprendimento di competenze sociali utili allo scopo.

Scrive Goleman nella prefazione all'edizione italiana di *“Emotional Intelligence”*:

“Nei paesi europei, la tendenza generale della società è verso un'autonomia sempre maggiore dell'individuo, che a sua volta porta a una minor disponibilità alla solidarietà e a una maggiore competitività (che a volte può diventare brutale, come si comincia a constatare negli ambienti universitari e in quelli di lavoro); tutto questo si traduce in un aumentato isolamento e nel deterioramento dell'integrazione sociale. Questa lenta disintegrazione della comunità, insieme a uno spietato atteggiamento di autoaffermazione fanno la loro comparsa in un momento in cui le pressioni economiche e sociali richiederebbero piuttosto un aumento della cooperazione e dell'attenzione verso gli altri e non certo una riduzione di tale disponibilità. Insieme a questa atmosfera di incipiente crisi sociale, ci sono anche i segni di un crescente malessere emozionale, soprattutto fra i bambini e i giovani. Ciò che colpisce in modo particolare è l'impennata della violenza fra gli adolescenti; si pensi al giovane che massacrò i genitori a martellate per ereditare il loro patrimonio, o al gruppo di adolescenti che uccisero un amico per derubarlo e passare un fine settimana al mare. Questa tendenza, insieme al generale aumento di atti violenti privi di senso - soprattutto omicidi di donne e bambini - contribuisce a completare un quadro molto triste dal quale emerge che, fra i paesi industrializzati, l'Italia è seconda solo agli Stati Uniti per la frequenza di omicidi. Tutto questo indica che alcuni minorenni italiani stanno avviandosi all'età adulta con gravi carenze relative all'autocontrollo, alla capacità di gestire la propria collera, e all'empatia. Aggiungete a questo crescente

*clima di violenza il fatto che l'Italia, come gli altri paesi del mondo industrializzato, sta sperimentando un aumento dell'incidenza della depressione che ha costantemente interessato tutto il nostro secolo. Per i nati dopo il 1945, ad esempio, la probabilità di andare incontro, una volta nella vita, a un grave episodio di depressione è più che tripla rispetto a quella dei loro nonni. Sebbene l'Italia abbia uno dei tassi di suicidio più bassi, negli ultimi vent'anni si è assistito a una netta impennata, soprattutto fra i disoccupati, le vere vittime della situazione economica. Se a tutto questo si somma anche l'aumentato uso di droghe e di morti legate alla tossicodipendenza, si ottiene un quadro che mostra l'Italia pervasa da problemi laceranti, in preda a un crescente malessere. Uno dei motivi può essere che, in Italia come altrove, l'infanzia non è più quella di un tempo. I genitori, rispetto ai loro padri e alle loro madri, sono oggi molto più stressati e sotto pressione per le questioni economiche e costretti a un ritmo di vita assai più frenetico; dovendosi confrontare dunque con una nuova realtà, hanno probabilmente un maggior bisogno di consigli e di guide per aiutare i propri figli ad acquisire le essenziali capacità umane”.*²⁰

A distanza di quasi vent'anni dal quadro disegnato da Goleman, la situazione italiana sembra afflitta dalle stesse difficoltà. La mancanza delle abilità socio-emotive causa, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress: tentativi di suicidio, tossicodipendenza, fumo di sigaretta, alcolismo, ecc.

È importante che le scuole prevedano degli spazi di alfabetizzazione emozionale in cui i giovani possano apprendere l'autoconsapevolezza, cogliere i nessi tra pensieri, sentimenti ed azioni, imparare ad agire riconoscendo le proprie emozioni e riflettendo su di esse, prevedere le conseguenze di scelte alternative. Ciò permetterebbe ai giovani individui

²⁰ D. Goleman (1996), *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano.

di applicare le conoscenze apprese attraverso l'educazione emozionale alle decisioni da prendere sugli aspetti relativi per esempio al fumo, al sesso e alle droghe.

Lo sviluppo di autoefficacia di Bandura

Lo psicologo canadese Albert Bandura, ha teorizzato il concetto di "autoefficacia" o "convinzione sulla propria efficacia personale".

L'autoefficacia è la fiducia che ogni individuo ripone nelle proprie capacità di ottenere gli effetti che vuole perseguire con le proprie azioni.²¹

Quando l'autoefficacia di una persona è bassa, essa ritiene di non riuscire ad organizzare e svolgere le azioni che servono per raggiungere un obiettivo. La scarsa fiducia in se stessi provoca la scelta di compiti e obiettivi limitati, uno scarso impegno per raggiungerli e un livello di stress alto. Di fronte agli ostacoli, i soggetti con bassi livelli di autoefficacia non riescono a motivarsi a sufficienza, non si impegnano abbastanza o gettano la spugna facilmente. Il comportamento tipico di questi individui di fronte ad un insuccesso è quello di concentrarsi, più che sulle possibili soluzioni per aggirare gli ostacoli, sulle proprie mancanze personali, sulle difficoltà dell'esecuzione e talvolta sulla sfortuna che si è abbattuta sulla loro prestazione.

Gli insuccessi provocano nelle persone con scarsa autoefficacia un forte senso di stress e inadeguatezza e possono portare facilmente alla depressione. Le persone che al contrario hanno livelli alti di autoefficacia scelgono obiettivi ambiziosi e difficili da raggiungere, sono

²¹ Bandura A. (2000), *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Trento, Erickson

completamente immersi nel raggiungimento dei propri scopi e si dedicano ad essi con estremo impegno e dedizione. Di fronte all'insuccesso questi soggetti ragionano strategicamente sul compito prefissato, ripercorrono le loro azioni per capire dove non si sono impegnati abbastanza e cercano di recuperare velocemente aumentando i propri sforzi.

L'essere sempre orientati al successo ed essere fiduciosi nelle proprie capacità di gestire lo stress e le difficoltà permette agli individui di coordinare le proprie azioni con serenità e soddisfazione. Gli ambiti di vita influenzati dai livelli alti o bassi di autoefficacia riguardano la scuola, il lavoro, lo sport, il sociale, la salute, il controllo del dolore e del peso, i comportamenti fobici e molti altri contesti quotidiani. Attraverso diversi esperimenti, Bandura sostiene che i comportamenti siano determinati dal livello di autoefficacia e che la motivazione e le azioni degli individui possano essere regolate cambiando le loro convinzioni rispetto alla propria efficacia.

Bandura stabilisce l'origine dell'autoefficacia nelle informazioni che provengono da quattro fonti principali: le esperienze dirette, l'osservazione delle esperienze di altre persone, la persuasione discorsiva da parte di altre persone e gli stati fisiologici e affettivi.

Ogni persona sperimenta ogni giorno successi e insuccessi rispetto ad uno scopo personale. L'individuo che raggiunge un obiettivo attraverso l'impegno continuato e costante produce un'elevata fiducia nelle proprie capacità personali e uno sviluppo nelle abilità di gestione degli eventi.

Ad ogni modo non è detto che i successi accrescano necessariamente l'autoefficacia e che gli insuccessi la diminuiscano. Secondo Bandura infatti, i cambiamenti del senso di efficacia dipendono, non tanto dalle prestazioni in sé quanto, dall'elaborazione cognitiva delle informazioni circa le capacità che se ne possono ricavare.

Le persone si relazionano ogni giorno con altri soggetti all'interno di diverse reti di frequentazione (famiglia, scuola, lavoro, tempo libero, ecc.). All'interno di queste reti gli individui sviluppano il modellamento, cioè determinano i comportamenti, gli atteggiamenti, gli orientamenti e le competenze in base a ciò che osservano quotidianamente. Essere inseriti in un contesto in cui molte persone perseguono con successo i propri obiettivi stimola tutti a credere nelle proprie capacità e a ritenere che le proprie aspettative siano realizzabili, proprio come è successo per gli altri. Il successo di un pari all'interno di un gruppo viene visto da chi si sente simile a lui come uno sprone a farcela.

La persuasione verbale da parte di esperti o soggetti ritenuti competenti in un certo campo aumentano la fiducia in chi agisce. Dinanzi ad una difficoltà, chi viene persuaso a credere nelle proprie capacità è maggiormente orientato al successo e si focalizza meno sui propri limiti.

L'autoefficacia è percepita dai soggetti anche in base alle informazioni somatiche prodotte dagli stati fisiologici ed emozionali. Fatica fisica e mancanza di fiato, alti livelli di stress, sensazioni ed emozioni negative sono vissuti come indicatori di inefficacia rispetto alle situazioni che si stanno vivendo.

Di fronte a situazioni difficili spesso ci si concentra su ciò che quel momento ci fa provare e si enfatizza il livello di stress percepito, riducendo così il proprio senso di autoefficacia. Concentrarsi sull'attività fisiologica ed elaborare cognitivamente le informazioni in modi diversi, porta gli individui a percepire in modo altrettanto diverso la problematicità del momento che stanno vivendo.

Secondo la teoria di Bandura lo sviluppo di una competenza di qualsiasi tipo rafforza la convinzione di autoefficacia e la sensazione di essere capaci di far fronte agli eventi più difficili e stressanti attraverso l'attivazione delle proprie risorse personali. I progetti di *peer education*

nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute sono indirizzati ad aumentare e consolidare i livelli di autoefficacia. La figura del *peer educator* è un legittimo modello nel gruppo dei pari per quanto riguarda le competenze e le abilità che un individuo deve saper conquistare per affrontare gli eventi della vita.

Le situazioni che la *peer education* genera all'interno dei gruppi sono una palestra di esperienza in cui gli adolescenti possono allenarsi per sviluppare la propria autonomia e la propria autoefficacia rispetto a circostanze future.

Le life skill dell'OMS

A partire dagli anni '80, i governi di molti paesi promossero diversi programmi di prevenzione socio-sanitaria per contrastare gravi problemi sanitari come l'abuso di sostanze, i comportamenti violenti, le gravidanze premature e la mancanza di autostima. Considerata l'inefficacia dei precedenti progetti di prevenzione basati sul controllo e sulla dissuasione attraverso strumenti informativi, hanno preso piede iniziative concentrate maggiormente sull'assunzione di responsabilità individuali e sullo sviluppo di competenze psico-sociali.

Nel 1994 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato il progetto *Skills for life*, in riferimento alle abilità e alle competenze richieste dalla vita per mettersi in relazione con gli altri e affrontare i problemi e le pressioni quotidiane. Nonostante le *life skill* siano numerose e varie, l'OMS ha circoscritto un nucleo fondamentale di abilità che deve essere presente nei progetti di prevenzione per i bambini e gli adolescenti in ogni settore di intervento. Le dieci *skill* sono: la

capacità di prendere decisioni, la capacità di risolvere i problemi, la creatività, il senso critico, la comunicazione efficace, la capacità di relazionarsi, l'autocoscienza, l'empatia, la gestione delle emozioni, la gestione dello stress.²²

I giovani che, attraverso la pratica e l'apprendimento, acquisiscono queste abilità riescono a tradurre i fattori cognitivi, le attitudini e i valori in capacità e azioni concrete.

La capacità di prendere decisioni sottende un processo non spontaneo per cui, attraverso la valutazione delle conseguenze, si formula un giudizio circa l'attuazione o meno di un'azione. Durante l'adolescenza, i giovani sono costantemente sollecitati nel prendere decisioni importanti che coinvolgono il loro corpo, la vita sociale e la vita psicologica, senza avere il tempo e la capacità di valutare i pro e i contro. L'abilità da apprendere non riguarda un mero ragionamento oggettivo per cui si persegue il massimo guadagno con la minimo perdita. È altresì necessario imparare a riflettere soggettivamente sui propri valori, priorità e tendenze e sulle conseguenze delle decisioni prese. I giovani devono analizzare i motivi per cui si sono comportati in un certo modo, le conseguenze interne ed esterne, ma soprattutto in che altro modo si sarebbero potuti comportare. Ciò permette di sviluppare maggiore pensiero critico, creatività e consapevolezza di sé.

La capacità di risolvere i problemi è l'abilità che si utilizza nell'ambito delle relazioni interpersonali quando si vuole gestire un problema. Il metodo del *problem solving* permette ad entrambi i contendenti di trarre dei benefici dalla risoluzione del conflitto attraverso una soluzione soddisfacente per entrambi.

²² Marmocchi P., C. Dall'Aglio, M. Tannini (2004), *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Ed. Erikson

L'uso di questo metodo consente di diminuire la frustrazione e lo stress provenienti da relazioni difficili e di avere una maggiore varietà di soluzioni alternative da mettere in atto. Nella prima fase di un processo di *problem solving* si individua il problema, lo si circoscrive e lo si definisce, prendendo in considerazione le esigenze di tutti i soggetti coinvolti. Segue la fase più creativa in cui tutti si impegnano a riflettere e proporre le possibili soluzioni per risolvere il problema senza subire giudizi o valutazioni. Le soluzioni emerse vengono analizzate insieme con attenzione e si procede ad escludere quelle che non hanno il consenso di tutti. Si individua la soluzione migliore, quella che ha ottenuto il consenso unanime dai soggetti coinvolti o dalla maggior parte di essi. Successivamente si stabilisce il modo migliore per attuarla, indicando precisamente compiti e tempi di realizzazione. Infine si verifica la soluzione scelta, osservando in particolare il grado di soddisfazione verso essa e l'eventuale comparsa di nuove esigenze.

L'abilità di risolvere i problemi può rivelarsi efficace anche nella risoluzione di problemi legati alla sfera personale. Di fronte alle difficoltà, molti ragazzi possono farsi sopraffare dallo sconforto e dalla paura di non riuscire a farcela.

Spesso si insinuano nella mente atteggiamenti non costruttivi che non fanno che peggiorare la situazione: lamentarsi della propria condizione, criticare gli altri per ciò che fanno o per le cose che non vanno, convincersi che non ci sono soluzioni ai problemi, progettare soluzioni senza metterle in pratica.

È importante che le persone capiscano fin da giovani che per produrre un cambiamento positivo devono credere nelle proprie possibilità ed impegnarsi con metodo perché esso avvenga.

Le situazioni difficili devono essere vissute come una “palestra di vita” che insegnano a mettersi in gioco, ad esercitare il potere sulla propria vita e a renderla soddisfacente nonostante gli imprevisti.

La creatività consente di generare nuove soluzioni a partire da elementi noti. La capacità creativa si sviluppa attraverso azioni che favoriscano il pensiero divergente e stimolino la curiosità. Le persone creative pensano fuori dagli schemi, producono tante risposte diverse tra loro, hanno idee originali e sono propense a riorganizzare gli elementi cercando nuove soluzioni.

I ragazzi dovrebbero essere lasciati liberi nell’esplorazione di sé, dell’ambiente circostante, degli altri e dei propri modi di approcciarsi all’esterno. L’adulto dovrebbe ricoprire invece il ruolo di facilitatore nell’esplorazione e nella comprensione di ciò che sta accadendo.

Il senso critico è la capacità di esaminare una situazione senza lasciarsi condizionare da influenze interne ed esterne. L’individuo maturo è in grado di raccogliere informazioni rispetto ad una determinata circostanza, elaborare un giudizio, orientarsi abbastanza chiaramente e dare una propria opinione sulla questione.

I bambini e gli adolescenti sono soggetti che si stanno formando e hanno un senso critico ancora in via di sviluppo. Essi non sono ancora in grado di esprimere e sostenere posizioni personali chiare sulla propria visione delle cose e la loro autonomia è fortemente ridotta dal bisogno di conferme e accettazione dal parte del mondo esterno.

L’adulto ha il ruolo di accompagnare l’adolescente nella processo di formazione della sua personalità, stimolandolo continuamente a riflettere sul mondo che lo circonda e sulle proprie scelte.

La comunicazione, intesa come interscambio di significati fra persone, è un processo caratterizzante che accompagna l’uomo durante tutta la sua

vita e risponde ai bisogni umani di tipo fisico, sociale, psicologico e strumentale.

Essa permette di interagire con gli altri, trasmettere le informazioni e creare società complesse superando i limiti dei singoli individui. La comunicazione tra i giovani è caratterizzata dal vocabolario, dal luogo e dal tempo. Nell'età della pubertà essa si contraddistingue infatti per un tipo di linguaggio tipico, costituito da un vero e proprio "gergo", cioè vocaboli specifici e difficili da decifrare da chi non fa parte del gruppo che li usa. L'utilizzo di questa lingua autonoma nasce dalla ricerca della propria identità, dall'appartenenza ad un gruppo definito e da un voler prendere le distanze dall'altro diverso da sé. Le parole e le espressioni gergali hanno poi una propria diversificazione a livello geografico, oltre che generazionale. Il vocabolario giovanile è spesso costituito da neologismi, creati *ad hoc* dai ragazzi che, attraverso la loro creatività, inventano nuovi termini per situazioni che sperimentano ogni giorno di solito nel campo scolastico, del divertimento o della sessualità. La comunicazione giovanile veicola attraverso canali specifici dell'età: abbandonata oramai la produzione scritta, i giovani comunicano attraverso gli SMS del cellulare, le *chat* dei *social network* e le meno diffuse scritte sui muri, senza tralasciare ovviamente il canale orale. Vocabolario, tempo e luogo, le tre caratteristiche della comunicazione giovanile sono appartenenti specificatamente al gruppo dei pari che comunica. Un messaggio veicolato tra gli appartenenti a quel gruppo attraverso qualsiasi canale è immediatamente compreso dai partecipanti proprio in virtù della condivisione e della padronanza degli elementi della comunicazione.

L'autoconsapevolezza è un'altra delle abilità caratteristica dei soggetti maturi. Essa comprende la consapevolezza delle sensazioni, dei sentimenti, dei pensieri, del linguaggio e dei comportamenti.

L'autoconsapevolezza si realizza in diversi ambiti della vita quotidiana, come quello lavorativo o scolastico, familiare, corporeo e sociale. Una buona autoconsapevolezza permette al soggetto di essere felice, di sentirsi bene con se stesso e di fronteggiare efficacemente le sfide che incontra.

La capacità di relazionarsi con gli altri permette agli individui di confrontarsi con altre persone e sperimentare il diverso da sé. Durante la pubertà l'adolescente vive una radicale evoluzione nel contesto delle relazioni.

La famiglia, che da sempre ha per lui rappresentato il nocciolo principale di confronto, affetto e attenzioni, perde la propria egemonia a favore di altri gruppi di significativa importanza. È questo il periodo in cui l'adolescente ridefinisce la relazione con i genitori, in una fase contemporaneamente di difficoltà e di naturalezza, si separa da essi e si ridefinisce come persona adulta. Durante l'adolescenza la scuola diventa il luogo fondamentale dove i giovani intrecciano relazioni con gli adulti e col gruppo dei pari e costruiscono le basi del loro sviluppo formativo e professionale. Quando la scuola favorisce la personalità dei giovani, dimostra fiducia nella capacità di crescita dei singoli, sviluppa un clima di accettazione delle differenze e diventa un luogo in cui l'adolescente è facilitato nel suo processo di crescita come individuo. Il gruppo dei pari, costituito dai compagni di classe, rappresenta una risorsa ed una risposta ai bisogni di identificazione, di appartenenza e di costruzione di sé. Nella relazione con i pari l'adolescente si sperimenta, mette alla prova comportamenti e atteggiamenti, proietta parti di sé e vede se e come vengono accolte. L'accettazione o meno da parte del gruppo ha un grosso impatto sull'autostima dell'adolescente e sui successivi atteggiamenti che adotterà nel gruppo stesso, ma anche all'esterno.

L'empatia è una particolare condizione che permette ad una persona di immedesimarsi in un altro individuo riuscendo a coglierne i sentimenti e i pensieri come se li stesse vivendo in prima persona. Le emozioni, che raramente vengono espresse verbalmente, sono difficili da codificare e comprendere. Le persone empatiche riescono a cogliere la comunicazione non verbale facendo attenzione al tono di voce dell'interlocutore, ai suoi gesti e alle sue espressioni corporee. L'empatia richiede un importante sforzo ricettivo: non riguarda una semplice comprensione oggettiva delle parole, ma piuttosto una connessione interpersonale di alto livello. Accrescere l'empatia permette agli individui di sviluppare buone relazioni con gli altri, soprattutto se provengono da diverse etnie e culture, se hanno bisogno di aiuto e assistenza o più semplicemente se hanno una storia personale e un vissuto diversa dal proprio. Le persone che esercitano l'abilità dell'empatia riescono più facilmente a distinguere il confine tra le proprie emozioni e quelle degli altri, confrontarle e ritrovarsi per affinità o diversità nelle loro esperienze.

La gestione delle emozioni è l'abilità che ci permette di utilizzare le emozioni come strumenti dell'agire, senza farsi trasportare da esse.

L'emozione è un sistema complesso in cui organismo e ambiente si influenzano a vicenda. Essa è costituita dalla presenza simultanea di diverse componenti: l'attivazione fisiologica dei sistemi nervoso, endocrino e immunitario, l'esperienza affettiva soggettiva di eccitazione o di piacere-dispiacere, i processi cognitivi finalizzati alla valutazione della situazione-stimolo, la predisposizione all'azione e le risposte espressivo-motorie verbali e non verbali. L'individuo che sa gestire le proprie emozioni è padrone di se stesso, riesce a mantenere la lucidità in qualsiasi situazione e compie scelte informate valutando le conseguenze delle proprie azioni. Durante l'adolescenza i giovani iniziano a

sperimentare nuove emozioni: le prime cotte amorose, qualche insuccesso scolastico, lo scontro e il distacco dai genitori, le amicizie e la voglia di riconoscersi nel proprio gruppo di pari, il cambiamento del proprio corpo e l'accettazione di sé stessi come singoli individui. In questo passaggio spesso difficile e caotico è necessario che gli adolescenti siano accompagnati nel riconoscimento delle proprie emozioni e che siano aiutati nell'imparare le tecniche utili a gestire le emozioni in modo appropriato, per trasformarle da negative a positive.

La gestione dello stress riguarda quella condizione in cui un individuo può trovarsi quando affronta con uno stato emotivo di tensione e stanchezza un ostacolo alla soddisfazione dei propri bisogni o aspirazioni. Quest'abilità permette di riconoscere il proprio stato di stress e di risalire alle motivazioni che provocano le tensioni quotidiane. Lo stress è una reazione difficile da controllare, che può nel tempo minare il benessere psicofisico e creare grossi danni all'organismo. I soggetti che imparano a gestire efficacemente lo stress sviluppano la capacità di produrre buone strategie di *coping*, cioè riescono a controllare le richieste interne ed esterne ritenute eccessive rispetto alle proprie risorse personali attraverso sforzi cognitivi e comportamentali. Imparare a gestire lo stress fin da giovani permette di diventare adulti capaci di rafforzare la propria salute fisica, psichica e sociale e individui sereni e pronti a reagire di fronte agli imprevisti e alle difficoltà.

L'efficacia degli insegnamenti di tipo tradizionale, in cui un docente adulto cerca di far apprendere a degli studenti contenuti e informazioni attraverso la comprensione e la memorizzazione, sono ritenuti oramai inadeguati per gli apprendimenti di tipo cognitivo, e ancora di più per le competenze socio-emozionali. L'acquisizione di elementi insieme cognitivi ed emotivi è favorita invece dall'apprendimento attivo, che avviene attraverso l'esperienza, il vissuto da protagonisti, la riflessione e

il confronto con altri soggetti. La metodologia attiva, che da anni è utilizzata in Italia come strumento per veicolare l'educazione socio-affettiva utilizza con i bambini e gli adolescenti nelle scuole i metodi del lavoro in sottogruppi, delle discussioni, del *brainstorming* e del *role playing*.

Il *brainstorming* permette di rompere il ghiaccio su un argomento proposto, capire quali sono le idee e le esperienze del gruppo rispetto ad esso ed ascoltarlo senza che si senta giudicato. Esso consiste nell'invitare i ragazzi a suggerire velocemente parole e concetti che associano al tema per poi riflettere su ciò che è emerso, esprimendo idee ed opinioni.

Il *role playing* consiste nel mettere in scena una situazione in cui alcuni ragazzi impersonano un ruolo e altri assistono e osservano la rappresentazione.

La prima parte dell'esercizio è dedicata alla preparazione della scena da recitare e alla sua messa in atto. Terminata la rappresentazione, i ragazzi sono stimolati a confrontarsi su ciò che hanno provato durante l'esercizio, sulle difficoltà riscontrate e su cosa hanno provato nell'immedesimarsi in una situazione nuova o rivissuta.

L'obiettivo di questi esercizi è quello di catturare l'interesse e l'attenzione dei ragazzi, impegnandoli in qualcosa di coinvolgente per stimolare la partecipazione, la riflessione e il confronto con gli altri in un contesto non giudicante e di libera espressione.

Il lavoro in gruppo permette ai ragazzi di conoscersi meglio, di attivare scambi arricchenti tra di loro, promuove la collaborazione e la comunicazione, favorisce l'ascolto e permette anche ai più timidi ed introversi di partecipare senza provare emozioni spiacevoli. I progetti in cui si cerca di sviluppare le *life skill* trovano un'ottimale collocazione all'interno del contesto scolastico.

La scuola rappresenta infatti una struttura già organizzata e definita, un luogo in cui si può intercettare la quasi totalità dei ragazzi e in cui sono già presenti i docenti che conoscono i destinatari degli interventi e il loro sviluppo cognitivo ed emotivo. La fascia d'età 6-16 anni è quella ritenuta più idonea per insegnare le *life skill*. Si preferisce intervenire precedentemente al periodo dell'adolescenza, momento in cui si inizia a sperimentare alcuni dei comportamenti a rischio – l'uso di sostanze psicotrope, rapporti sessuali a rischio per gravidanze indesiderate o malattie sessualmente trasmissibili, abuso dei *social network* – molto difficili da sradicare se sedimentano in modo definitivo.

L'educazione tra pari non consiste, come talvolta avanzato dalla critica, in un semplice insieme di momenti aggregatori in cui giovani informatori assolvono il compito di formare i coetanei. I contributi di Vygotsky, Gardner, Goleman, Bandura e dell'OMS aiutano ad inquadrare la *peer education* come modello di intervento educativo-preventivo, in cui gli obiettivi primari della prevenzione e della promozione della salute vengono raggiunti attraverso il riconoscimento, la valorizzazione e il protagonismo dei soggetti interessati. Per un adolescente nella fase di crescita, l'educazione tra pari diventa quindi uno strumento efficace per coniugare lo sviluppo personale ad una formazione consapevole sui temi della prevenzione e della salute.

La valutazione dei progetti di educazione tra pari

Un principio chiave nella costruzione di un progetto di prevenzione con gli adolescenti, riguarda l'evidenza scientifica. Nel campo della prassi, ci si aspetta che le decisioni e le scelte compiute in ambito socio-sanitario siano sostenute dallo strumento della scienza, per rispondere all'aspettativa di una conoscenza oggettiva.

Una *evidence-based policy* trova fondamento proprio in questa necessità di scegliere come strumenti legittimi di governance solamente quei progetti di *policy* che si basano su risultati prodotti e accreditati dalla migliore ricerca empirica. In senso epistemologico per evidenza si intende o uno stato mentale o una proposizione che ci consentono di giustificare ciò che crediamo, o ciò che è per noi ragionevole credere, o ciò che pensiamo possa essere vero²³.

Condurre una valutazione significa esaminare sistematicamente e criticamente i processi e gli esiti di un progetto. Nella prevenzione sanitaria, la valutazione si pone come obiettivo proprio quello di accertare che il progetto che si sta sviluppando risponda ai bisogni per i quali è stato generato e se stia raggiungendo gli scopi previsti.

²³ Montuschi E. (2012), *Oggettività ed Evidenza Scientifica. Ricerca empirica, politiche sociali, scienza responsabile*, Carocci, Roma

La valutazione di un progetto permette di:

- verificare il punto in cui il programma è arrivato rispetto alla realizzazione delle fasi, dei risultati, dei tempi e dei metodi previsti nella progettazione;
- approfondire le difficoltà incontrate, le strategie messe in atto per superarle e i punti critici che permangono;
- interagire con i soggetti coinvolti, facendo sentire loro che sono sostenuti nel lavoro che stanno svolgendo;
- imparare ad autovalutarsi, sviluppando negli educatori il senso critico;
- dimostrare o meno la convenienza e l'efficacia del lavoro svolto;
- rendicontare il lavoro svolto al proprio ente di appartenenza, al dirigente scolastico e ai committenti politici;
- ipotizzare sviluppi futuri del programma e possibili riproduzioni in altri contesti.

La valutazione non è solo una fase finale da eseguire al termine del progetto, ma deve essere puntuale e costante durante l'intero percorso.

I momenti dedicati alla valutazione devono essere già previsti e scanditi in tappe in sede di progettazione del programma insieme all'individuazione degli strumenti e dei criteri di analisi.

L'attività di valutazione presuppone infatti che all'inizio del progetto sia costruita la batteria di indicatori e le schede che servono per misurare gli elementi del programma realizzato e i responsabili della loro somministrazione. Ciò permette di essere precisi nell'esecuzione della verifica e nell'analisi dei dati raccolti.

I metodi che possono essere utilizzati per condurre la valutazione di un progetto di *peer education* nelle sue diverse fasi possono essere: la relazione degli incontri, l'indagine periodica, il perfezionamento degli interventi in corso, l'osservazione, l'intervista individuale, il *focus group*.

Una valutazione ideale di un progetto integra in modo unitario la valutazione quantitativa e la valutazione qualitativa.

L'approccio quantitativo prevede che ogni fenomeno possa essere definito in termini oggettivi attraverso la raccolta di dati espressi in numeri o in scale ordinali.

La rilevazione è effettuata di solito attraverso l'uso del questionario.

I dati quantitativi sono facilmente confrontabili e possono essere rappresentati in maniera diretta attraverso grafici e tabelle. La valutazione qualitativa viene spesso utilizzata per verificare se gli obiettivi del progetto siano stati raggiunti e in che misura.

Nell'approccio qualitativo, i dati vengono raccolti attraverso la descrizione soggettiva di sentimenti, giudizi e suggerimenti sul lavoro svolto. Esso permette di registrare l'aspetto importante delle emozioni dei ragazzi coinvolti nel progetto.

La rilevazione avviene di solito attraverso interviste individuali o di gruppo, scritte od orali.

La valutazione quantitativa è impiegata per raccogliere informazioni approfondite e sistematiche sulle dinamiche progettuali e sul gruppo degli adolescenti.

I due approcci hanno diversi punti di debolezza e punti di forza e possono essere scelti da chi conduce la valutazione in momenti diversi a seconda della finalità che si intende perseguire e delle risorse disponibili al momento della valutazione.

La valutazione in itinere, o monitoraggio, è rappresentata da un processo continuo di connessione di informazioni, necessario per la comprensione e la conoscenza adeguata della situazione e dei soggetti coinvolti. Essa permette di individuare carenze ed errori in ogni fase del programma consentendo di migliorare le strategie d'azione e ipotizzare

le risorse da attivare per superare i punti critici, ma anche di esaminare i punti di forza e le soluzioni già create per superare le difficoltà.

Il monitoraggio serve all'operatore per mettere continuamente a fuoco la propria prospettiva rispetto al progetto attraverso il dialogo con i soggetti coinvolti. Riguarda anche le risorse allocate per il progetto in ogni momento, siano esse finanziarie, di materiali, di servizi o professionali.

Il monitoraggio permette inoltre di tenere sotto controllo la crescita dei *peer educator*, lo sviluppo delle loro competenze e i passi in avanti fatti durante i vari incontri.

Il monitoraggio rappresenta un processo continuo e dinamico ed è necessariamente sempre provvisorio. Gli strumenti valutativi usati durante il monitoraggio devono essere specifici e attenti agli obiettivi operativi. I dispositivi di valutazione inoltre devono essere semplici da somministrare e devono permettere una raccolta dei dati che non richieda un eccessivo impiego di risorse umane e temporali.

La valutazione finale si attua ripercorrendo l'intero piano di lavoro e confrontando gli obiettivi previsti all'inizio con i risultati ottenuti. Nei progetti di *peer education*, essa è necessaria per conoscere la qualità, l'efficienza e l'efficacia del percorso costruito con i ragazzi, in relazione ai loro bisogni di prevenzione socio-sanitaria.

I risultati ottenuti in un programma di promozione della salute sono misurati in generale rispetto alla percentuale di giovani raggiunti, all'aumento delle conoscenze e al cambiamento di atteggiamenti e comportamenti nel breve e lungo termine.

È importante quantificare in che misura gli interventi abbiano raggiunto la popolazione target e quale atteggiamento essa ha adottato nei confronti del progetto, considerando le caratteristiche anagrafiche, di genere e la gravità del comportamento a rischio.

Bisogna considerare, oltre alla soddisfazione personale dei *peer educator* rispetto al loro percorso e alla loro crescita, l'effettivo raggiungimento del gruppo target e dei soggetti più a rischio rispetto al fenomeno trattato dal programma.

È importante prevedere la distribuzione di un questionario anonimo ad ogni membro del gruppo target di riferimento in un momento anteriore all'inizio dell'intervento di prevenzione.

Il questionario può essere di natura descrittiva, con domande dirette riguardanti le caratteristiche personali, i propri atteggiamenti a rischio, gli atteggiamenti dei giovani rispetto a precisi fenomeni e il loro interesse verso il progetto. Esso deve essere formulato con chiarezza per essere compreso dai giovani e le domande devono stimare effettivamente quello che si vuole misurare. Una volta analizzati i dati sarà possibile rilevare i rapporti che intercorrono tra caratteristiche demografiche, comportamenti a rischio e variabili che le influenzano e contatto con il progetto.

I ragazzi coinvolti possono inoltre essere confrontati con quelli di una scuola in cui non è stato svolto nessun intervento, oppure con quelli di una scuola in cui l'intervento svolto ha previsto modalità diverse dalla *peer education*, oppure ancora con ragazzi della stessa scuola non coinvolti nell'intervento.

Altri dati possono essere raccolti in tempi diversi, per esempio valutando il gruppo degli studenti prima e dopo il coinvolgimento nel programma di *peer education*. Si può anche effettuare una valutazione degli studenti confrontando il gruppo degli studenti destinatari con il gruppo degli studenti *peer educator*.

Maneggiare questionari rivolti a studenti, soprattutto se minorenni, riguardanti atteggiamenti e comportamenti riguardo a fenomeni riguardanti la propria vita personale è un'attività molto delicata. I metodi

di rilevazione, le procedure e i contenuti dovrebbero essere discussi con i genitori e con il personale scolastico e ci si dovrebbe attenere alle linee guida in merito. Rispetto ad argomenti così delicati, è importante garantire il completo anonimato sia per tutelare il diritto alla riservatezza degli intervistati, sia per permettere loro di rispondere in maniera più sincera e tranquilla.

Un monitoraggio puntuale delle varie azioni facilita la valutazione finale del programma rispetto a cinque variabili fondamentali:

- l'efficacia, cioè la capacità di raggiungere l'obiettivo desiderato ed esplicitato durante la programmazione dell'intervento;
- l'efficienza, rappresentata dalla produttività rapportata alle risorse impiegate per raggiungere l'obiettivo;
- adeguatezza, ossia la pertinenza del progetto rispetto ai bisogni degli studenti;
- il livello tecnico-scientifico, cioè il grado di applicazione delle conoscenze e delle tecnologie disponibili;
- la soddisfazione dei diversi soggetti coinvolti.

Per elaborare la valutazione finale del progetto è importante raccogliere i punti di vista e i pareri di tutti i soggetti che hanno partecipato ai progetti di prevenzione.

Una volta valutato il programma in ogni sua fase i risultati devono essere condivisi con la pluralità dei soggetti coinvolti: operatori, *peer educator*, studenti, docenti, dirigenza scolastica, genitori, aziende sociosanitarie, decisori politici e finanziatori.

Le nuove conoscenze acquisite possono essere utilizzate per dare forma a nuove decisioni e a promuovere in maniera sempre più efficace la salute dei giovani attraverso nuovi progetti.

La valutazione di efficacia

L'attività valutativa nella pratica professionale di chi implementa progetti di *peer education* è apparsa nel tempo una dimensione spesso trascurata e praticata con scarso rigore metodologico, alla quale sono state dedicate elaborazioni teoriche e sperimentazioni in forma limitata. A causa di ciò, la valutazione dei progetti in termini di efficacia – di capacità di raggiungere l'obiettivo desiderato ed esplicitato durante la programmazione dell'intervento – è ancora oggi uno degli aspetti più discussi a livello teorico e metodologico.

Lo scopo dei programmi di prevenzione e promozione della salute è quello di rallentare la diffusione dei fenomeni presi in considerazione presso la popolazione giovanile. Il soggetto che deve accertare gli effetti di un progetto su un gruppo di giovani si trova nella situazione non facile di dover operare sul territorio in condizioni completamente diverse da quelle “di laboratorio”.

Stabilire se un intervento sia riuscito a raggiungere l'obiettivo attraverso valutazioni effettivamente fondate, scientifiche e valide nel lungo termine risulta chiaramente molto difficile.

È raro che cambiamenti nei comportamenti a rischio delle persone si manifestino in maniera diretta e inequivocabile in seguito ad un progetto di prevenzione. Il cambiamento infatti non procede in modo necessariamente lineare e le sue conseguenze possono pervenire gradualmente anche molto tempo dopo la sua conclusione.

Nonostante sia indubbio che nei soggetti coinvolti dagli interventi aumenti il loro benessere e la sensazione del “sentirsi bene”, l'evidenza scientifica non può basarsi solo su questo.

Sono diversi gli autori che rimarcano l'assenza di prove *evidence-based* che sostengano la ricaduta positiva dei progetti di prevenzione tra

pari rispetto ai comportamenti a rischio e che non nascondono le difficoltà legate alla verifica tale metodologia.

Le perplessità maggiori riguardano la carenza di una specifica e adeguata base teoretica e la mancanza di prove scientifiche comparabili e inequivocabili rispetto ai risultati. I progetti di *peer education* sono molto diversi tra loro e difficili da comparare, gli studi propongono spesso limitazioni metodologiche (una tra tutte l'esiguità del campione) e i *trial* randomizzati sono in numero esiguo. Non sempre i metodi di selezione dei *peer educator* e i particolari sulla loro formazione – durata, modalità, obiettivi – vengono specificati dettagliatamente e non è raro trovare come unico dato a disposizione della ricerca il numero di *peer educator* coinvolti o di quelli che hanno abbandonato il progetto prima della sua conclusione.

Molto spesso gli studi non riportano la teoria psico-pedagogica e comportamentale che fa da cornice al progetto, facendo dubitare il ricercatore che ci si stia muovendo senza un riferimento teorico.

Talvolta le attività svolte dagli educatori tra pari non sono descritte dettagliatamente e gli obiettivi che il progetto persegue non sono precisi, realizzabili e misurabili.

Un'interessante studio²⁴ ha mostrato come dagli anni '90 la *peer education* sia diventata un modo sempre più popolare di condurre lavori di promozione delle salute con i giovani, ma ha anche evidenziato come la valutazione della sua efficacia non sia parimenti oggetto di numerose pubblicazioni. In Inghilterra, come anche in altri paesi, sono raramente riportate valutazioni illuminanti che utilizzino metodi qualitativi e la valutazione dello strumento della *peer education* sembra rimanere largamente dentro la “letteratura grigia” di ricerche non pubblicate di agenzie e organizzazioni. Inoltre molte analisi si basano su un approccio

²⁴ Backett-Milburn K., Wilson S. (2000), *Understanding peer education: insights from a process evaluation*, in “Health Education Research”, n.1/2000, pp. 85-96

solamente quantitativi che tende ad investigare principalmente gli impatti a breve termine, prestando poca attenzione ai problemi dell'intero processo.

Dallo studio di Botvin²⁵, che ha confrontato l'efficacia di interventi condotti da esperti e da *peer educator*, non emergono differenze significative tra i due gruppi coinvolti. L'autore sottolinea come gli esperti adulti tendano ad utilizzare metodi d'insegnamento strettamente didattici che hanno effetti poco incisivi sui giovani e rimarca la necessità di prestare attenzione anche alla metodologia e non solo al soggetto che conduce l'intervento.

Altri autori sostengono la validità dell'uso della *peer education* nell'ambito della prevenzione e hanno dimostrato la sua efficacia attraverso la valutazione di alcuni suoi aspetti caratteristici.

Nell'ambito della prevenzione del virus HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili, la *peer education* si è dimostrata efficace per quanto riguarda l'aumento delle conoscenze specifiche e il decremento dei comportamenti a rischio di contagio²⁶.

Rispetto alla prevenzione sul consumo di sostanze psicotrope e sulla salute sessuale, alcune revisioni sistematiche (Kim e Free 2008, Maticka-Tyndale e Barnett 2010, Tolli 2012) e diverse analisi che combinano i dati di più studi condotti su uno stesso argomento (Bangert-Drowns 1988, Medley et al. 2009, Tobler 1986, 1992) hanno dimostrato come la *peer education* sia efficace nel trasmettere conoscenze e nell'influenzare gli atteggiamenti e le abilità dei giovani.

²⁵ Botvin G., Baker E., Filazzola A. Botvin E. (1990), *A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up*, in "Addictive Behaviours", 15, pp. 47-63

²⁶ Sloane B.C., Zimmer C.G., *The power of peer health education*, in "American Journal of College Health", n. 41/1993, pp. 241-245

Allo stesso tempo hanno registrato una debole incisione del metodo per quanto riguarda il cambiamento dei comportamenti dei soggetti coinvolti.

Nell'area della prevenzione della violenza e del bullismo, si è registrata una diminuzione dei comportamenti aggressivi tra gli studenti delle scuole superiori coinvolti in interventi di prevenzione che utilizzano il metodo della *peer education*²⁷.

Diversi studi riguardanti la prevenzione del consumo e abuso di sostanze che danno dipendenza (tabacco, marijuana, alcool e droghe) hanno dimostrato che i programmi di *peer education* fondati sulla teoria banduriana dell'influenza sociale sono più efficaci di quelli sviluppati con l'ausilio di adulti esperti (Cuijpers, 2002; Gottfredson e Wilson, 2003), che gli interventi che sfruttano l'interazione *vis a vis* tra gli studenti sono più efficaci rispetto a quelli basati su un approccio didattico²⁸ e che la loro efficacia è strettamente correlata al ruolo fondamentale del *peer educator*²⁹.

Un programma greco³⁰ sulla prevenzione del fumo di tabacco ha confrontato gli effetti della *peer education* su un gruppo di controllo e un gruppo sperimentale attraverso la somministrazione di questionari in tempi diversi (15 giorni prima dell'inizio dell'intervento, a 4 mesi dall'inizio dell'intervento e a tre mesi dalla fine dell'intervento).

²⁷ Orpinas P., Parcel G.S., McAlister, *Violence prevention in middle schools: a pilot evaluation*, in "Journal of Adolescent Health", n. 17/1995, pp. 360-371

²⁸ Tobler N., Roona M., Ochshorn P., Marshall D., Streke A., Stackpole K. (2000), *School-based adolescent drug prevention programs: 1998 metaanalysis*, in "The Journal of Primary Prevention", 20(4), pp. 275-336

²⁹ Valente T., Ritt-Olson A., Stacy A., Unger J., Okamoto J., Sussman S. (2007), *Peer acceleration: Effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high risk adolescents*, in "Addiction", 102(11), pp. 1804-1815

³⁰ Koumi I. & Tsiantis J. (2001), *Smoking trends in adolescence: Report on a greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention*, in "Health Promotion International", 16(1), pp. 65-72

Nel gruppo sperimentale i comportamenti legati al fumo diminuiscono temporaneamente dal 4,5% al 4,1% nei primi 4 mesi, per poi aumentare a tre mesi dalla fine dell'intervento (il 5% dei ragazzi del gruppo fuma). Negli stessi periodi temporali, nel gruppo di controllo non interessato dall'intervento i comportamenti legati al fumo aumentano dal 12,4% al 13,8% e il 20,3% dei ragazzi fuma.

Nel gruppo sperimentale gli atteggiamenti antifumo aumentano dopo l'intervento e sono lievi nell'ultima rilevazione. Le conoscenze sulla dipendenza e sulle malattie tabacco correlate sono più alte nel gruppo sperimentale mentre restano stabili nel gruppo di controllo.

Nonostante lo studio registri effetti positivi sotto l'aspetto degli atteggiamenti e delle conoscenze, l'efficacia sui comportamenti non è riscontrata nel lungo periodo.

L'analisi effettuata su un programma rumeno³¹ di prevenzione al consumo di tabacco per adolescenti ha comparato due gruppi omogenei per età, generi e comportamenti a rischio.

A nove mesi dall'inizio del programma i ragazzi del gruppo di controllo, che non ha partecipato alla campagna di prevenzione con l'uso della *peer education*, hanno sviluppato un rischio di diventare fumatori regolari due volte maggiore rispetto al gruppo coinvolto dall'intervento.

Gli studenti che avevano intavolato un confronto e una discussione su dei filmati visti in classe, stimolati da un *peer educator* della stessa età, mostravano maggiori livelli di autoefficacia sociale e un atteggiamento negativo verso il fumo, con addirittura un numero minore di ragazzi che avevano iniziato a fumare dalla conclusione dell'intervento.

Lo studio³² condotto su 59 scuole britanniche interessate dal programma *A Stop Smoking in Schools Trial* (ASSIST) attivo dal 2001

³¹ Lotren L., Dijk F., Mesters I., Ionut C. & De Vries H. (2010), *Evaluation of a peer-led smoking prevention programme for Romanian adolescents*, in "Health Education Research", 25(5), pp. 803-814

ad oggi, ha dimostrato una riduzione rilevante del numero di ragazzi (meno 22% rispetto al gruppo di controllo) che iniziano a fumare in un arco di tempo di due anni dall'intervento di *peer education*.

Gli autori stimano che se il programma fosse ripetuto ogni anno circa 43.000 ragazzi non diventerebbero fumatori abituali.

L'analisi ha evidenziato anche una sostanziale differenza nell'efficacia degli interventi rispetto all'età dei giovani coinvolti: l'intervento si è dimostrato più incisivo nei ragazzi di età inferiore, che non hanno mai provato il fumo di sigaretta o che si stanno per approcciare alla sua sperimentazione³³.

Diverse ricerche nell'ambito del tabagismo e del contagio da virus HIV effettuate su programmi di prevenzioni condotti da personale adulto esperto e da giovani *peer educator* hanno dimostrato che i pari sono maggiormente efficaci nel produrre cambiamenti nella consapevolezza di correre un rischio personale riguardante la propria salute³⁴.

L'evidenza che sembra accumunare molte ricerche si basa infatti sulla dimostrazione che il gruppo dei pari influenza in maniera preponderante i comportamenti dei propri appartenenti. L'uso di strumenti di protezione – come per esempio il profilattico – o la presenza di una certa norma sociale divulgati all'interno di un gruppo sembrano aumentare la probabilità che quei comportamenti salutari si diffondano tra i membri³⁵.

³² Starkey F., Audrey S., Holliday J., Moore L. & Campbell R. (2009), *Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: The example of A stop smoking in schools trial (ASSIST)*, in "Health Education Research", 24 (6), pp. 977-988

³³ Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., Hughes, R., & Moore, L. (2008). *Un intervento peer-led-base della scuola informale per prevenzione del fumo nell'adolescenza (ASSIST): un cluster trial randomizzato*, in "The Lancet", n. 371 (9624), pp. 1595-1602

³⁴ Milburn K., *A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health*, in "Health educational research", n. 10/1995, pp. 407-420

³⁵ Di Clemente R.J., *Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: the influence of perceived peer norms and sexual*

A tal proposito, l'analisi valutativa³⁶ del progetto *Mobilixing Youth for Tobacco-Related Initiatives in India* (MYTRI) che ha interessato 32 scuole indiane, ha mostrato come il gruppo dei pari abbia una forte influenza sul condizionamento dei giovani nel consumo di sigarette, tabacco da masticare e *bidi* (sigarette indiane alle erbe).

Oltre a registrare la riduzione del consumo di tabacco a due anni dalla conclusione dell'intervento (nel gruppo sperimentale l'intenzione di fumare e di masticare tabacco diminuiscono rispettivamente dell'11% e del 28%, mentre nel gruppo di controllo l'intenzione di fumare aumenta del 5% e l'intenzione di masticare tabacco diminuisce del 12%; l'uso di tabacco diminuisce del 17% nel gruppo sperimentale, mentre aumenta del 67% nel gruppo di controllo), esso ha indicato l'impegno dei giovani e la loro responsabilizzazione come un ingrediente fondamentale dell'approccio preventivo³⁷.

Fumare può essere visto dagli adolescenti come un fattore aggregante, un elemento per fare gruppo e il fatto che quest'azione sia diffusa, approvata o disapprovata all'interno della cerchia delle proprie frequentazioni può influire nel diffonderla.

Tra le valutazioni dedicate alla prevenzione del consumo di alcol e dei rischi correlati alla guida in stato di ebbrezza, troviamo quella del

communication on incarcerated adolescents' consistent use of condoms, in "Journal of Adolescent Health", n. 12/1991, pp. 385-390

³⁶ Stigler M.H., Perry C.L., Arora M., Shrivastav R., Mathur C. & Reddy K.S. (2007), *Intermediate outcomes from project MYTRI: Mobilizing youth for tobacco-related initiatives in India*, in "Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention", 16(6), pp. 1050-1056

³⁷ Bate L.S., Stigler M.H., Thompson M.S., MacKinnon D.P., Arora M., Perry C.L., Reddy S.K. (2012), *A Qualitative Mediation Study to Evaluate a school-based Tobacco Prevention Program in India (Project MYTRI)*, in "Field Methods" 24, 2, pp. 194-215

progetto italiano “*On the road*”³⁸ che ha coinvolto 580 studenti delle classi terze di licei e istituti tecnici padovani.

I *peer educator*, scelti attraverso l’autocandidatura, sono stati formati da esperti del settore per poi svolgere un intervento nelle classi terze di due ore. L’azione dell’educatore tra pari era volta sia a trasmettere conoscenze scientifiche sulle sostanze alcoliche che a riflettere sui comportamenti a rischio e sui relativi pericoli che possono comportare. Lo studio ha rilevato l’efficienza dell’intervento per quanto riguarda le informazioni scientifiche relative al rapporto alcool-guida, ma non ha riscontrato un cambiamento significativo negli atteggiamenti se non addirittura una maggiore indulgenza.

La scarsa efficacia potrebbe essere dipesa dall’esposizione troppo bassa dei giovani in termini di durata dell’intervento oppure dal breve tempo intercorso tra l’esposizione e la rilevazione dei dati.

Sono diverse le ricerche condotte sui programmi di prevenzione che utilizzano il metodo della *peer education* volte ad indagare l’acquisizione di *life skill*.

Molti studi hanno riscontrato un effetto positivo dell’intervento sui *peer educator* stessi da diversi punti di vista: essere protagonisti rispetto ad un gruppo di pari permette di aumentare le convinzioni di autoefficacia³⁹, l’autostima e la capacità di *problem solving*⁴⁰, la conoscenza di sé e degli altri⁴¹ e la leadership e i comportamenti di salute⁴².

³⁸ Cristini F., Forcella M.C., Santinello M. & Vieno A. (2005), *Evaluation of a peer education project: alcohol use and alcohol-related driving risk during adolescence*, in “European Journal of School Psychology”, 3 (2), pp. 271-291

³⁹ Baumgartner E., Bombi A., Pastorelli C. (2004), *Dall’educazione “verticale” all’educazione “orizzontale”: i coetanei come risorsa*, in “Psicologia della formazione e dell’educazione” 6, 1, pp. 13-26

⁴⁰ Goto H., Pelto H., Pelletier D., Tiffany J. (2010), *It Really Opened My Eyes: The Effects on Youth Peer Educators of Participating in an Action Research Project*, in “Human Organisation” 69, 2, pp. 192-199

⁴¹ Visser M. (2007), *HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa*, in “Sahara-J” 4, 3, pp. 678-694

La valutazione della soddisfazione dei giovani coinvolti

Una variabile fondamentale della valutazione finale di un intervento riguarda il grado di gradimento, cioè la capacità di un intervento di produrre la soddisfazione delle attese sia dei ragazzi destinatari del progetto che degli operatori che lo mettono in atto.

Prevedere di indagare anche questo aspetto all'interno di una campagna di prevenzione è rilevante poiché la soddisfazione dei vari soggetti coinvolti, oltre ad essere un risultato desiderabile, agisce profondamente sulle altre dimensioni.

La soddisfazione degli interventi da parte dei ragazzi destinatari favorisce il loro coinvolgimento al trattamento preventivo e li sprona a mettersi a loro volta in gioco candidandosi come *peer educator*.

La soddisfazione per il metodo della *peer education* da parte degli operatori invece li motiva a formarsi adeguatamente, a sperimentare nuovi approcci ai diversi temi e a condurre valutazioni precise e dettagliate che rilevino l'efficacia della metodologia.

Le informazioni rispetto alla soddisfazione sono difficili da individuare in termini quantitativi perché si tratta di indagare le opinioni circa le attese, le convinzioni e le conoscenze a priori dei soggetti coinvolti.

Prima di muoversi con la somministrazione di questionari ad *hoc* è consigliabile procedere con l'esposizione descrittiva, la comprensione e in fine l'interpretazione dei pareri dei soggetti in merito al progetto.

Alcuni studi⁴³ che hanno confrontato l'efficacia tra progetti condotti da insegnanti o esperti e progetti condotti attraverso la *peer education*

⁴² Badura A., Millard M., Peluso E., Ortman N. (2000), *Effects of peer education training on peer educators: Leadership, self-esteem, health knowledge, and health behaviors*, in "Journal of College Student Development" 41, 5, pp. 471-478

⁴³ Borgia P., Marinacci C., Schifano P. & Perucci C.A. (2005), *Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial*, in "Journal of Adolescent Health", 36(6), pp. 508-516

hanno rilevato che i *peer educator* sono più incisivi (del 6,7% in più) rispetto agli adulti.

Il programma inglese RIPPLE⁴⁴, riguardante il tema dell'educazione sessuale e delle pratiche prematrimoniali, si è rivolto a studenti di 13-14 anni, confrontando la conduzione classica da parte di un esperto nel gruppo di controllo con la conduzione dei *peer educator* di 16-17 anni nel gruppo sperimentale.

Dai dati emersi dai questionari somministrati nei due gruppi, si evince una maggiore soddisfazione nei confronti della *peer education*.

I ragazzi sembrano essere contenti degli educatori tra pari: sono ragazzi simili a loro, che utilizzano un linguaggio e un gergo comprensibile per trasmettere un contenuto rilevante di conoscenze e competenze.

Il *peer educator* è un modello nel gruppo dei pari, non è percepito come un moralizzatore che punta il dito da lontano ma come un soggetto che condivide le stesse credenze. I loro interventi sono divertenti ed è più facile intervenire senza sentirsi giudicati.

Il progetto Cittadinanza Attiva, avviato dal Progetto Giovani del Comune di Vittorio Veneto, si concretizza in una serie di percorsi formativi rivolti a circa 450 studenti di otto istituti superiori (licei, istituti tecnici e professionali) del vittoriese.

Gli interventi, pensati e costruiti in collaborazione con le stesse scuole nell'ambito del Tavolo Scuola Territorio, si pongono l'obiettivo di stimolare la partecipazione attiva alla vita scolastica da parte degli studenti interessati.

Uno degli interventi mira a favorire lo sviluppo negli adolescenti destinatari di un "pensiero critico" in riferimento al consumo e alla diffusione delle sostanze alcoliche, aiutando a riconoscere i fattori che

⁴⁴ Stephenson J., Strange V., Forrest S., Oakley P.A., Copas A., Allen E. *et al.* (2004), *Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): Cluster-randomised intervention trial*, in "The Lancet", 364(9431), pp. 338-346

possono influenzare il comportamento, come per esempio i valori, la pressione dei pari e l'influenza dei media.

Il percorso si avvale della collaborazione dell'ULSS 7 e la metodologia utilizzata è la *peer education*: un gruppo di studenti di classe quarta e quinta individuati e formati con un percorso specifico sono protagonisti di interventi preventivi nelle classi prime, valorizzando il pensiero, le competenze e le conoscenze dei ragazzi all'interno di un'azione di sensibilizzazione.

A distanza di dodici mesi dal termine del progetto mi sono recata in una classe quinta del Liceo artistico "Bruno Munari" di Vittorio Veneto ed ho intervistato 5 studenti che hanno partecipato al progetto in qualità di *peer educator*.

L'intervista è un approccio d'indagine qualitativo utilizzato per:

- indagare su giudizi, valori, convinzioni, opinioni ed aspetti della cultura non facilmente indagabili attraverso l'osservazione;
- ottenere informazioni sulle azioni già osservate sia per comprenderle maggiormente sia per scoprirne i motivi che le hanno incentivate;
- rilevare notizie su fenomeni ormai scomparsi ma ancora contenuti nella memoria delle persone intervistate.⁴⁵

Prima di procedere allo svolgimento delle interviste semi-strutturate ho diviso il tema in più aree di interesse e ho predisposto una scaletta di domande da porre per indagare ogni aspetto riguardante il progetto di prevenzione svolto.

Ho deciso di intervistare i ragazzi singolarmente affinché non fossero influenzati dalle risposte dei compagni. Ho condotto l'intervista centrandola sul soggetto, sui suoi ricordi ed emozioni e ho cercato di

⁴⁵ Bernanrdini L. (2005), *Percorsi di ricerca sociale. Conoscere, decidere, valutare*, Carocci, Roma

astenermi da ogni tipo di valutazione che potesse in qualche modo condizionare le risposte dell'intervistato.

I ragazzi hanno ricordato piacevolmente l'esperienza di prevenzione vissuta l'anno precedente e tutti hanno espresso il proprio piacere per aver fatto parte del progetto.

Dopo la candidatura, suggerita da un insegnante o spontanea sulla spinta di motivi personali, i ragazzi hanno potuto mettersi in gioco in un'attività che si è rivelata stimolante e che consiglierebbero ai compagni più piccoli.

"Il progetto è stato interessante ed istruttivo: abbiamo studiato gli effetti dell'alcool sul cervello e su tutto il corpo!"

"Questo progetto mi è piaciuto molto perché ho potuto spiegare a dei ragazzi più piccoli delle aspetti sull'alcool che forse non conoscevano e ho potuto imparare io stessa. La cosa più bella è stata potermi relazionare con gli altri!"

"Se quest'anno non avessi gli esami e così tanto da studiare, mi piacerebbe ripetere l'esperienza della *peer education*. La consiglio a tutti!"

"Vengo da un'esperienza familiare con un lutto causato dall'alcolismo e in qualche modo sento di dover fare la mia parte per mettere in guardia i più giovani dalle conseguenze dell'abuso di questa sostanza. Questo progetto mi ha permesso di fare qualcosa per dare una mano in questo campo"

Per quanto riguarda il training i *peer educator* sono stati colpiti da aspetti diversi della formazione: alcuni hanno preferito la parte dell'influenza dei media sui comportamenti dei giovani, altri gli effetti dell'alcol sul corpo e i motivi che spingono gli adolescenti ad assumere le sostanze alcoliche.

La visione di spezzoni di film, le letture animate, il psicodramma, l'invenzione di storie, il *role playing*, il *brainstorming* e la discussione in gruppi danno modo ai *peer educator* di riflettere sul tema, centrare più

approfonditamente la loro posizione in merito, acquisire conoscenze scientifiche e accrescere le abilità che permetteranno loro di veicolare in maniera incisiva ciò che hanno appreso.

“In terza ci è stato presentato il programma e il metodo di lavoro, in quarta abbiamo partecipato alla formazione sull’alcol e i disturbi che comporta con un medico specialista e sulla comunicazione e il relazionarsi con i pari nelle classi. Successivamente ho svolto tre interventi nelle classi terze come *peer educator*”

“Durante la formazione, mi ha colpito la riflessione proposta sugli spot televisivi. Le aziende commerciali si rivolgono direttamente ai giovani che sono più facili da manipolare proponendo situazioni piacevoli (panino e birra a fiumi guardando la tv sprofondati comodamente in poltrona) e aggreganti (spritz con le patatine alle feste o in vacanza) che invogliano i ragazzi a comprare i loro prodotti”

“Durante la formazione abbiamo riflettuto sul motivo per cui i giovani consumano sostanze alcoliche. È venuto fuori che spesso gli adolescenti iniziano a bere per farsi notare, per sembrare più grandi, per non sentirsi esclusi dal gruppo in cui tutti lo fanno, per essere meno disinibiti e avere più coraggio per far colpo su una ragazza se si è timidi. Negli interventi abbiamo riproposto questi aspetti e abbiamo dibattuto a lungo sulla loro futilità e su come si può fare per attenuarli”

“Ci sono pubblicità in tv che ti fanno credere che bere sia una cosa buona e divertente. Ma se vomiti vuol dire che stai male e quindi non può essere positivo. Negli interventi ho cercato di far riflettere su questo modo distorto di vedere le cose come se fossero giuste quando invece sono nocive”

La comunicazione all’interno di un gruppo di ragazzi numeroso non è sempre facile. Gli adolescenti possono essere rumorosi, distratti, annoiati e presi dai propri stati d’animo. Durante la formazione è importante riservare un numero consistente di incontri per preparare i *peer educator* a gestire il *setting* dell’intervento e a guidare il gruppo stimolandolo al confronto attivo senza costringerlo.

“Ho notato molte differenze nelle due classi in cui sono intervenuta e far passare un messaggio non è sempre facile: nella classe in cui i ragazzi erano socievoli e aperti a nuove esperienze è stato molto più semplice perché intervenivano, facevano domande, ci confrontavamo”

“Nel secondo intervento mi è capitata una classe chiusa. Stavano seduti a gruppetti, parlavano tra di loro, non interagivano con me, è stato difficile perché non si relazionavano. Quando ho finito ero triste, forse perché avevo capito di non essere stata incisiva, ero stata inutile”

“Mi è piaciuto lavorare in gruppo: ho conosciuto persone nuove, le loro idee e il loro modo di vedere le cose, ne abbiamo parlato e ho anche riflettuto su ciò che loro pensavano di certe situazioni”

Le conoscenze scientifiche, gli atteggiamenti positivi e le abilità acquisite dai *peer educator* durante la formazione sono trasferite ai giovani destinatari dell'intervento sfruttando il “sapere locale” innato all'interno del gruppo di pari, fatto di linguaggi gergali, atteggiamenti e valori condivisi.

Gli adolescenti, destinatari e *peer educator*, all'interno dei progetti di prevenzione tra pari si sentono tutti uguali, sullo stesso piano, non vivono la tensione di doversi confrontare con un soggetto superiore: sono appunto “pari”.

“Secondo me la *peer education* è abbastanza efficace perché io se ricevevo un'indicazione da un mio coetaneo lo ascoltavo. Possiamo parlare delle stesse cose. Non posso parlare del sabato sera con uno che trent'anni fa lo passava nelle “balere” e al massimo beveva un “Clinton”. Come si fa a capirsi? Quando usciamo il sabato fa tristezza vedere ragazzi buttati qua e là in stato di incoscienza perché non hanno saputo gestire l'uso dell'alcool. A volte penso che se qualche *peer educator* c'avesse parlato magari non sarebbero ridotti così”

“La *peer education* è importante perché in terza pensi di sapere tutto del mondo invece non sai niente, e quelli di quarta che hanno avuto più esperienze con l'alcool ti possono dirti quanto sia stupido quello che stai per fare”

“I ragazzi si affidavano a noi *peer*, perché conosciamo bene la loro realtà perché è anche la nostra, non si sentivano pressati e obbligati a parlare, erano liberi di esprimersi”

Parlare in pubblico ed esporsi con persone che non si conoscono può essere fonte di preoccupazione e stress. I *peer educator* devono poter acquisire un ventaglio diversificato di *life skill* prima di svolgere gli interventi nelle classi.

Essere rilassati e avere fiducia nelle proprie capacità influenzerà in modo positivo la trasmissione dei contenuti e l'andamento dell'intera azione preventiva.

“Nel mio primo intervento ero agitatissima: non sapevo cosa aspettarmi, sono una ragazza timida, avevo paura di dire cose sbagliate o che mi chiedessero qualcosa che non sapevo. Ma poi è andata bene. Ho trovato una classe aperta e socievole ed era facile insegnarli”

“Ho ampliato la mia autostima perché sono riuscito a presentare un argomento agli altri senza problemi, ho capito che so farcela con le mie risorse”

“Durante gli incontri ero molto sicuro di me, sapevo quello che dicevo e riuscivo a far dialogare tutti con una discussione tranquilla”

“Grazie agli incontri di formazione ho imparato come parlare in pubblico senza annoiare e come far partecipare tutti. Credo di essere cresciuto come persona, ho imparato a gestire le emozioni e tutto lo stress che senti quando devi parlare con tante persone che non conosci e guardano tutte te. Uscivo dalla classe e mi sentivo più maturo, ero più sicuro di me, perché cavoli c'ero riuscito”

“Mi sono allenata a fortificare il mio carattere per gestire le emozioni e lo stress che ti viene quando entri in classe e ce l'ho fatta!”

Il programma di prevenzione attraverso la *peer education* è stato auto-valutato dai ragazzi come efficace e costruttivo. I ragazzi si sono sentiti valorizzati come risorse utili per responsabilizzare i compagni e contribuire alla promozione del benessere fisico dei coetanei.

Durante il progetto hanno vissuto essi stessi una crescita in termini di conoscenze scientifiche, atteggiamenti e competenze acquisite grazie alla formazione e all'intervento in prima persona nelle classi.

"Fare prevenzione, con la *peer education* ma anche con gli esperti e i dottori, è importante"

"È stato utile perché sapere che ho contribuito a responsabilizzare una classe di ragazzi mi ha fatto piacere!"

"La *peer education* è molto interessante e molto costruttiva, sia per chi la fa che per chi la riceve. Sono contento di aver fatto questo percorso perché con un po' di impegno puoi dare qualcosa agli altri e contemporaneamente ricevere qualcosa"

"Questo progetto ha aiutato anche me personalmente. Ora, prima di bere, penso a ciò che provoca e a come posso fare per misurarmi"

"Non credo che dopo il mio intervento i ragazzi di colpo non berranno più. Ma penso che adesso sono informati, hanno le conoscenze perché io gliele ho passate, e se fanno la scelta di bere senza controllo, beh allora lo fanno ma sono consapevoli di quello che stanno facendo"

"Questo progetto è stato molto interessante e, a mio parere, utile ed efficace. I ragazzi mi sembravano contenti di partecipare, facevano domande e parlavano con noi attivamente. Era contenti di sentire parlare di alcool da un loro coetaneo, non succede spesso!"

"Ho imparato che io stessa posso essere un elemento di sensibilizzazione su un tema per altri miei coetanei. Non ho cercato di inculcarli che bere fa male, li ho solo presentati le cose per come sono"

Conclusioni

Da diversi anni a questa parte al concetto di salute intesa come “assenza di malattia o infermità”, si è affiancato il concetto di salute intesa come “completo benessere fisico, mentale e sociale”.

Costruire una politica di promozione del benessere psico-fisico e sociale significa progettare una strategia d’azione che permetta di:

- migliorare i contesti di vita quotidiani;
- diffondere tra le persone comportamenti e scelte consapevoli;
- rafforzare l’empowerment della comunità valorizzando le abilità personali di chi ne fa parte;
- orientare i servizi sanitari verso la promozione della salute e non solo della cura.

Per un effetto incisivo in tal senso risulta più agevole intervenire sui soggetti fin dalla più giovane età, quando è più facile produrre cambiamenti significativi nel loro modo di pensare e di agire.

Il contesto scolastico sembra il luogo maggiormente adatto per sviluppare i programmi di educazione alla salute. Esso costituisce il luogo per eccellenza dell’apprendimento delle conoscenze e può facilmente candidarsi anche ad essere il luogo di acquisizione dei comportamenti corretti e salutari. Nello specifico la scuola può:

- farsi promotrice di tutti quei comportamenti rilevanti per la salute (alimentazione equilibrata, consumo moderato di alcool, attività fisica

adeguata, uso oculato dei social media e della tecnologia, partecipazione attiva alla cittadinanza, ecc.);

- influire sulla creazione di credenze e norme sociali positive da parte dei giovani inseriti in un gruppo;
- diffondere nuove conoscenze e atteggiamenti rispetto a stili di vita sani, dissuadendo i giovani dal perseguire comportamenti a rischio;
- far acquisire agli studenti le competenze essenziali per lo sviluppo della loro autonomia e necessarie nelle esperienze di tutti i giorni (la capacità di prendere decisioni, la capacità di risolvere i problemi, la creatività, il senso critico, la comunicazione efficace, la capacità di relazionarsi, l'autocoscienza, l'empatia, la gestione delle emozioni, la gestione dello stress).

Per realizzare la promozione della salute nella scuola è richiesta la disposizione di nuovi approcci metodologici che superino i vecchi metodi preventivi (informativo-cognitivo, socio-affettivo e dell'educazione ai media) attuati fino ad oggi all'interno dell'ambito scolastico.

Le linee di indirizzo a supporto dell'approccio scientifico e operativo e le problematiche di salute affrontate devono rispettare gli obiettivi contenuti nelle normative nazionale (la Costituzione italiana, il Piano Sanitario Nazionale e i Piani Sanitari Regionali), europea (la *Dichiarazione di Consenso di Dublino*) ed internazionale (la *Dichiarazione Universale di Alma Ata*, la *Carta di Ottawa* il documento *Health21: La salute per tutti nel XXI secolo*).

Nell'ambito dei programmi preventivi, il modello di lavoro più significativo con gli adolescenti sembra essere attualmente quello della *peer education*. Essa è un metodo educativo in base al quale alcuni membri di un gruppo vengono responsabilizzati, formati e reinseriti nel proprio gruppo di appartenenza per realizzare precise attività con i propri

coetanei⁴⁶. Si costituisce come esempio di relazione paritaria e trova le sue basi nella cooperazione e nella solidarietà tra i giovani. Oltre a perseguire la strada dell'empowerment e dello sviluppo personale e collettivo tracciata dai gruppi di auto-mutuo-aiuto, si collega alla psicologia dinamica e agli studi sulle dinamiche di gruppo.

Il gruppo dei pari è riconosciuto come il “luogo” all'interno del quale i processi evolutivi dei giovani si realizzano nel corso dell'adolescenza. Ed è proprio in quel luogo che la *peer education* va ad agire: attraverso il ruolo centrale dei *peer educator* fornisce ai giovani membri gli strumenti per un sano sviluppo della dimensione identitaria proprio all'interno di quello stesso spazio in cui gli adolescenti sono strattonati tra la ricerca di una propria unicità e del proprio pensiero e la pressione ad uniformarsi ai pari.

Le teorie di riferimento nelle quali affonda le sue radici sono quelle di Vygotskiy, Gardner, Goleman e Bandura.

Le tematiche alle quali il metodo della *peer education* può essere applicato sono le più svariate e riguardano i problemi socio-sanitari in cui gli adolescenti possono incappare nella vita di tutti i giorni: disturbi alimentari (anoressia, bulimia, obesità, ecc.), difficoltà nell'accettazione del proprio corpo, scarsa attività fisica e disturbi collegati, consumo di tabacco e sigarette elettroniche, abuso di bevande alcoliche, consumo di sostanze psicotrope, dipendenza da gioco d'azzardo, rapporti sessuali e rischi correlati (malattie sessualmente trasmissibili, virus HIV, gravidanze non desiderate), sicurezza stradale, bullismo, uso della tecnologia e rischi correlati (dipendenza dai social media e dai giochi on-line).

L'argomento del programma di prevenzione deve essere scelto dopo un'attenta analisi della situazione e della popolazione di riferimento. Il

⁴⁶ Boda G. (2001), *Life skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*, La nuova Italia, Milano

tema deve rispondere ai bisogni dei ragazzi e può essere proposto dagli insegnanti o dagli stessi adolescenti dopo aver stimolato un confronto sulle loro preoccupazioni rispetto a ciò che vivono tutti i giorni e che percepiscono come qualcosa di problematico, di rischioso o di poco conosciuto.

La realizzazione di una politica di prevenzione e promozione della salute non può esimersi dal comprendere un processo valutativo della stessa. Nonostante la valutazione di gradimento e soprattutto di efficacia siano attività imprescindibili, nel tempo essa è stata trascurata e praticata con scarso rigore, tanto da rappresentare uno degli aspetti della *peer education* più discussi a livello teorico e metodologico.

Dalle analisi effettuate sul gradimento dei soggetti coinvolti, la *peer education* sembra essere ritenuto un metodo piacevole ed interessante di condurre la prevenzione. I ragazzi si sentono valorizzati e al centro dell'attenzione, ritengono di aver appreso nozioni nuove e percepiscono uno sviluppo delle loro capacità comunicative e relazioni.

È importante registrare il grado di soddisfazione degli adolescenti e degli operatori, ma la valutazione di un programma di prevenzione non può basarsi solamente sul "mi sono sentito bene" dei soggetti coinvolti, deve comprovare di aver centrato l'obiettivo. Dimostrare di aver prodotto cambiamenti positivi negli atteggiamenti e nei comportamenti da parte dei ragazzi non è semplice: i processi sono complessi e i fattori che li influenzano sono svariati e incontrollabili.

L'evidenza degli studi presi in esame sembra suggerire che la *peer education* possa essere più efficace ed incisiva degli interventi condotti da esperti adulti, nonostante le incertezze analitiche e metodologiche indichino che il dato non sia completamente dimostrato.

Dagli studi consultati emerge come un numero consistente di progetti ritenuti efficaci siano stati implementati in maniera diversa. Di fatto non

sembra essersi ancora consolidato un modello di *peer education* efficace e delineato nei suoi elementi fondamentali di intervento (metodo di selezione dei *peer educator*, piano di lavoro, formazione, supervisione, intervento nel gruppo dei pari, monitoraggio, valutazione, ecc.).

Dalla mancanza di chiarezza nella definizione stessa di *peer education*, consegue il raggruppamento sotto la stessa etichetta dei più svariati approcci (*peer tutoring*, *peer counselling*, ecc.), che differiscono fortemente tra loro per teorie, procedure e risultati ottenuti.

Il rischio che si corre è quello di sfruttare uno strumento che sta diventando popolare come uno slogan allettante e funzionale ad attrarre finanziamenti pubblici per la prevenzione.

Alcuni autori⁴⁷ individuano i motivi principali che possono causare il fallimento degli interventi di *peer education*. Essi possono riguardare:

- l'assenza di obiettivi definiti che guidano il progetto;
- la scarsa coerenza tra l'intervento e i bisogni e le caratteristiche dell'ambiente in cui è stato proposto;
- la carenza degli investimenti;
- l'inadeguatezza del sostegno e della preparazione forniti ai *peer educator*;
- la mancanza di personale professionista di alto livello che operi con i giovani e gestisca un processo complesso – talvolta sottovalutato – come quello della *peer education*;
- errori o fallimenti nell'assicurarsi il supporto da parte di più soggetti istituzionali.

D'innanzi alla scarsità di risorse economiche da investire e al concomitante dilagare di piaghe sociali e sanitari tra i giovanissimi, si è spesso ed erroneamente volto lo sguardo verso la *peer education*, come

⁴⁷ Walker S. A., Avis M. (1999), *Ragioni comuni per cui la Peer Education fallisce*, in "Journal of Adolescence", 22, 1999, pp. 573-577

strategia ritenuta valida e implementabili per la sua economicità rispetto ad altri interventi tradizionali con i professionisti esperti.

Effettivamente nei progetti di *peer education* diminuisce il numero di professionisti coinvolti, ma gli operatori presenti devono essere altamente qualificati e sono richiesti finanziamenti durante tutte le fasi del processo di prevenzione, che aumenta per durata e complessità.

Lo studio⁴⁸ inglese relativo al progetto ASSIST, citato nel quarto capitolo, ha sviluppato una dettagliata valutazione economica del progetto nelle sue diverse fasi: la formazione dei *peer educator* riveste la parte più costosa (59% circa) e i costi stimati per replicare l'intervento in un altro contesto sono di circa 4.200 sterline per scuola e di 25 sterline per studente.

Attivare programmi di prevenzione mettendo in campo risorse economiche scarse o inadeguate rispetto alla complessità del processo rischia di implementare l'approccio adultista, la superficialità della programmazione, una preparazione sbrigativa e incompleta dei *peer educator* e probabilmente una valutazione approssimativa dei risultati.

Operare nell'ambito della prevenzione della salute prescindendo da approfondite riflessioni teorico-metodologiche può comportare un'eccessiva corsa all'operativismo, andando ad inficiare gli effetti che si volevano raggiungere.

Lavorare sulla prevenzione della salute avvalendosi dello strumento della *peer education* significa impiegare una strategia del capitale sociale ed umano: essa utilizza le risorse già disponibili, le mette in rete, le valorizza, le moltiplica e le fa fruttare⁴⁹. Usare il concetto di *peer*

⁴⁸ Audrey S., Holliday J., Campbell R. (2006), *It's good to talk: Adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking*, in "Social Science & Medicine", 63(2), pp. 320-334

⁴⁹ Croce M., Ottolini G. (2004), *L'orizzonte della comunità e la strategia del capitale sociale*, in Dalle Carbonare E., Ghiottoni E., Rosson S., *Peer educator*, Franco Angeli, Milano

education come slogan, significa invece sfruttare le risorse insite negli adolescenti e sprecare l'aspetto comunitario e dinamico dell'intervento.

Alla luce di tutto ciò sembra necessario definire con maggiore precisione la struttura metodologica alla base della prevenzione tra pari, aumentando le sperimentazioni del suo uso nell'ambito scolastico, per poter rilevare un maggior numero di risultati e validarla scientificamente. La progettazione degli interventi deve essere puntale nello stabilire con precisione tempi e modi delle diverse fasi del processo. Le professionalità specifiche messe in campo devono essere di alto livello per rispondere alla complessità e alla molteplicità dei fenomeni su cui va ad intervenire. Le risorse economiche per la prevenzione devono essere destinate secondo criteri di assegnazione che partano da mirate valutazioni qualitative e quantitative, a favore di progetti che di *policy-making* non "fatti per fare" ma supportati da una valida base empirico-evidenziale.

Bibliografia

- Murray R., Zentner J. (2001), *Health Promotion Strategies through the lifespan*, Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall
- Raeburn J., Akerman M., Chuengsatiansup K., Mejia F., Oladepo O. (2006), *Community capacity building and health promotion in a globalized world*, in "Health Promotion International", 21 suppl. 1
- Pender N. (2005), *Health Promotion in nursing practice*, Norwalk, CT: Appleton & Lange
- Ruth F. Craven, Constance J. Hirnle (2011), *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Bologna, vol. II
- Pender N. (1966), *Health promotion in nursing practice*, 3^a ed., Norwalk, CT: Appleton e Lange
- Svenson G. R. (1998), *Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS*, Dipartimento di Medicina di Comunità, Università di Lund, European Commission
- Sciacca J. P. (1987), *Student peer health education: a powerful yet inexpensive felpi strategy*. *Peer Facilitator Quarterly*, 5
- Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B., *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*, Edizioni Erickson, Trento, 2002
- Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B., *L'educazione tra pari: prospettive teoriche e modelli*, in "Animazione sociale", n. 10, Ottobre 2002
- Colosimo M., *Esperienze di peer education in Italia*, in "Proposta educativa", n. 3 set-dic 2008
- Ottolini G. (2011), *La strategia dell'ipotenusa*, in *Verso una peer education 2.0?*, supplemento ad "Animazione Sociale", n. 251/2011
- L. S. Vygotskij (1934), *Pensiero e linguaggio*, ed. critica a cura di L. Mecacci, Bari-Roma, Laterza, 1990

- Dozza L. (1993), *Il lavoro di gruppo tra relazione e conoscenza*, La Nuova Italia
- Dixon-Krauss L. (2000), *Vygotskij nella classe. Potenziale di sviluppo e mediazione didattica*, Trento, Erickson
- Gardner H. (1983), *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*, Basic Books, New York
- Goleman D. (1997), *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli
- Van Der Stel J. e Vooderwind D. (2001), *Manuale di prevenzione: alcol, droghe e tabacco*, Milano, Franco Angeli
- D. Goleman (1996), *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano.
- Bandura A. (2000), *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Trento, Erickson
- Marmocchi P., C. Dall'Aglio, M. Tannini (2004), *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Ed. Erikson
- Montuschi E. (2012), *Oggettività ed Evidenza Scientifica. Ricerca empirica, politiche sociali, scienza responsabile*, Carocci, Roma
- Backett-Milburn K., Wilson S. (2000), *Understanding peer education: insights from a process evaluation*, in "Health Education Research", n.1/2000
- Botvin G., Baker E., Filazzola A. Botvin E. (1990), *A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up*, in "Addictive Behaviours", n. 15
- Sloane B.C., Zimmer C.G., *The power of peer health education*, in "American Journal of College Health", n. 41/1993
- Orpinas P., Parcel G.S., McAlister, *Violence prevention in middle schools: a pilot evaluation*, in "Journal of Adolescent Health", n. 17/1995
- Tobler N., Roona M., Ochshorn P., Marshall D., Streke A., Stackpole K. (2000), *School-based adolescent drug prevention programs: 1998 metaanalysis*, in "The Journal of Primary Prevention", 20(4)

Valente T., Ritt-Olson A., Stacy A., Unger J., Okamoto J., Sussman S. (2007), *Peer acceleration: Effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high risk adolescents*, in "Addiction", 102(11)

Koumi I. & Tsiantis J. (2001), *Smoking trends in adolescence: Report on a greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention*, in "Health Promotion International", 16(1)

Lotren L., Dijk F., Mesters I., Ionut C. & De Vries H. (2010), *Evaluation of a peer-led smoking prevention programme for Romanian adolescents*, in "Health Education Research", 25(5)

Starkey F., Audrey S., Holliday J., Moore L. & Campbell R. (2009), *Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: The example of A stop smoking in schools trial (ASSIST)*, in "Health Education Research", 24 (6)

Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., Hughes, R., & Moore, L. (2008). *Un intervento peer-led-base della scuola informale per prevenzione del fumo nell'adolescenza (ASSIST): un cluster trial randomizzato*, in "The Lancet", n. 371 (9624)

Milburn K., *A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health*, in "Health educational research", n. 10/1995

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

Stigler M.H., Perry C.L., Arora M., Shrivastav R., Mathur C. & Reddy K.S. (2007), *Intermediate outcomes from project MYTRI: Mobilizing youth for tobacco-related initiatives in India*, in "Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention", 16(6)

Bate L.S., Stigler M.H., Thompson M.S., MacKinnon D.P., Arora M., Perry C.L., Reddy S.K. (2012), *A Qualitative Mediation Study to Evaluate a school-based Tobacco Prevention Program in India (Project MYTRI)*, in "Field Methods" 24, 2

Cristini F., Forcella M.C., Santinello M. & Vieno A. (2005), *Evaluation of a peer education project: alcohol use and alcohol-related driving risk during adolescence*, in "European Journal of School Psychology", 3 (2)

- Baumgartner E., Bombi A., Pastorelli C. (2004), *Dall'educazione "verticale" all'educazione "orizzontale": i coetanei come risorsa*, in "Psicologia della formazione e dell'educazione" 6, 1
- Goto H., Pelto H., Pelletier D., Tiffany J. (2010), *It Really Opened My Eyes: The Effects on Youth Peer Educators of Participating in an Action Research Project*, in "Human Organisation" 69, 2
- Visser M. (2007), *HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa*, in "Sahara-J" 4, 3
- Badura A., Millard M., Peluso E., Ortman N. (2000), *Effects of peer education training on peer educators: Leadership, self-esteem, health knowledge, and health behaviors*, in "Journal of College Student Development" 41, 5
- Borgia P., Marinacci C., Schifano P. & Perucci C.A. (2005), *Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial*, in "Journal of Adolescent Health", 36(6)
- Stephenson J., Strange V., Forrest S., Oakley P.A., Copas A., Allen E. *et al.* (2004), *Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): Cluster-randomised intervention trial*, in "The Lancet", 364(9431)
- Bernardini L. (2005), *Percorsi di ricerca sociale. Conoscere, decidere, valutare*, Carocci, Roma
- Boda G. (2001), *Life skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*, La nuova Italia, Milano
- Walker S. A., Avis M. (1999), *Ragioni comuni per cui la Peer Education fallisce*, in "Journal of Adolescence", 22, 1999
- Audrey S., Holliday J., Campbell R. (2006), *It's good to talk: Adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking*, in "Social Science & Medicine", 63(2)
- Croce M., Ottolini G. (2004), *L'orizzonte della comunità e la strategia del capitale sociale*, in Dalle Carbonare E., Ghiottoni E., Rosson S., Peer educator, Franco Angeli, Milano
- Menesini E., *Bullismo, le azioni efficaci della scuola*, E. Menesini, ed. Giunti
- Ducio D. (1997), *Il gioco della vita. Kit autobiografico. Trenta proposte per il piacere di raccontarsi*, Guerini & Associati, Milano
- Mezzini P. (2000), *L'insegnante di qualità*, Ed. Giunti

Venezia - Regione del Veneto (2013), *Sfumiamo i dubbi : percorsi operativi di peer education a scuola : manuale per operatori della sanità e della scuola*, Direzione prevenzione

Kahr C. (1999), *Peer group education: manipolazione o partecipazione? Una raccolta di esperienze europee che utilizzano la PGE nella prevenzione delle dipendenze*, Landschaftsverband Westfalen, Lippe

Scotti F. (2002), *Osservare e comprendere*, Borla, Roma

Croce M., Gnemmi A. (2003), *Peer education. Adolescenti protagonisti nella prevenzione*, Franco Angeli, Milano

Giori F. (1998), *Adolescenza a rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione*, Milano Franco Angeli

AA. VV. (2004), *Peer to peer effective college learning*, in "Change", n. May/June 2004

Denscombe M. (2001), *Peer Group Pressure, Young People and Smoking: new developments and policy implications*, in "Drugs: education, prevention and policy", Vol. 8, n. 1

Melozzi F. (2004), *Peer education: l'educazione tra pari in Italia*, in "Mondodomani", n. 2/2004

Tarsia T. (2009), *Educare lo sguardo. Esperienze e proposte formative sull'osservazione nelle scienze sociali*, Aracne, Roma

Dalle Carbonare E., Ghittoni E., Rosson S. (2004), *Peer educator: Istruzioni per l'uso*, Angeli, Milano

Pagano T., Petrella T., Vecchio S., Villani A. (2003), *L'adulto "invisibile" nell'educazione tra pari: Tre variazioni sul tema*, in "Animazione Sociale", aprile 2003, n. 172

Boda G. (2006), *L'educazione fra pari. Linee guida e percorsi operativi*, ed. Franco Angeli

AA.VV. (1998), *L'educazione tra pari. Percorso formativo sull'AIDS*, in "Progetto Salute", Bologna, ASL Città di Bologna, AURO

Lacava G. e Marmocchi P. (2002), *L'educazione fra pari nella prevenzione dell'infezione da HIV: analisi di un'esperienza*, in "Psicologia della salute", n.2

- Ghittoni E. (2002), *Dall'informazione verticale alla peer education. Il percorso dell'Associazione Contorno Viola di Verbania*, in "Animazione sociale", n. 5
- Giori F. (1998), *Adolescenza a rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione*, Milano, Angeli.
- Mariani U. (2001), *Educazione alla salute nella scuola. Costruzione del benessere e prevenzione del disagio*, Trento, Erickson
- Rickert V., Jay S., Gottlieb A. (1991), *Effects of a peer-counseled AIDS education program on knowledge, attitudes and satisfaction of adolescents*, in "Journal of Adolescent Health", n. 12
- Shiner M. (1999), *Defining peer education*, in "Journal of Adolescence", n. 22
- Sloane B.C. e Zimmer C.G. (1993), *The power of peer health education*, in "American Journal of College Health", vol. 41
- Petrucelli I., Fabrizi A. (2005), *Orientarsi per non disperdersi: una ricerca-intervento sull'educazione tra pari*, Franco Angeli, Milano
- Regione Umbria, Ministero della salute - ASL 4 Terni (2011), *Abilità sociali ed educazione tra pari: life skills education in ambito scolastico*, Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Giunti Progetti Educativi
- D'Alonzo L. (2009), *Peer education e adolescenti a rischio*, Terlizzi Ed. Insieme, Quaderni del CREADA
- Luciani D. (2010), *Conoscere e lavorare con la peer education*, Agalma
- Senatore R., Ballini V., Tomassini M. (2010), *Educare alla responsabilità: life skills education e peer education*, Firenze, Giunti progetti educativi
- Napoli L., Morallo E. (2006), *Cose da ragazzi: percorso innovativo di peer education*, Cesvot, Firenze
- Di Cesare G., Giammetta R. (2011), *L'adolescenza come risorsa : una guida operativa alla peer education*, Carocci Faber, Roma
- Ottolini G. (2011), *Verso una peer education 2.0?*, in "Animazione sociale: esperienze e prospettive", n. 251/2011

Fraddanni S. (2011), *Il re è nudo: noi no: peer education a scuola per uno stile di vita sano*, Books & Company, Livorno

Catarsi E. (2004), *Promuovere i ragazzi: accoglienza, peer education e orientamento per combattere la dispersione scolastica*, Tirrenia, Edizioni del Cerro

Colombo M., Lomazzi V. (2012), *Costruire legalità con gli adolescenti: dalle percezioni alla peer education in ambito scolastico ed extrascolastico*, Erickson, Trento

Ottolini G. (2011), *Peer education e prevenzione in adolescenza*, in "La famiglia oggi : la rivista del Centro internazionale studi famiglia" , n. 6/2011

Antonietti V. (2008), *L'educazione nel gruppo dei pari: fare i conti con il rischio in adolescenza*, in "Gruppo Abele", suppl. al n. 3/2008, Torino

Croce M., Lavanco G., Vassura M. (2011), *Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione*, Franco Angeli, Milano

Rossi E. (2011), *Ragazzi che educano ragazzi: un intervento di peer education per la riparazione del disagio evolutivo*, Stripes, Rho