

# Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS

a cura di Gary R. Svenson



Financial support provided by:



European Commission



National Institute of  
Public Health, Sweden



Department of Community Medicine,  
Lund University

© European Commission 1998

This document is not a formal publication of the European Commission, and all rights are reserved by the Commission. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes.

In any reproductions, the name and logos of the European Commission with a statement that the materials received financial support from the Commission must appear in the credits or fly leaf.

Neither the European Commission nor any person acting on its behalf is liable for any use made of the following information. The views expressed in the document are solely the responsibility of the authors and these should be cited in any reproduction of the materials in part or in whole.

Tradotto dall'Inglese da Anna Lubin

Contenuto rivisto da Dr. Luigi Bertinato e Dr. Massimo Mirandola

# Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS

a cura di Gary R. Svenson, Dipartimento di Medicina di Comunità, Università di Lund

Redatte in collaborazione con:

Dott. Luigi Bertinato, Direttore, Servizio Progetti Internazionali di Sanità Pubblica e Rapporti con l'OMS, Regione del Veneto Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Venezia – Italia

Doortje Braeken, Senior Programme Advisor, Rutgers Foundation, Utrecht, Paesi Bassi; e International Youth Consultant, International Parenthood Federation, Londra

Chris Fazekas, Dipartimento di Psicologia e Psicoterapia, Università di Graz, Graz, Austria

Prof. Maria Odette Santos Ferreira, Coordinatrice Nazionale, e Manuela Santos Pardal, Direttore Esecutivo, Comitato Nazionale Portoghese per l'AIDS, Lisbona, Portogallo

Prof. Isolde Gornemann e Prof. José-Luis Bimbela, Scuola Andalusia di Sanità Pubblica, Granada, Spagna.

Angelika Hessling, Dirigente scientifico e Harald Lehmann, Direttore, Servizio Educazione Sessuale e Pianificazione Familiare, Centro Federale per l'Educazione Sanitaria, Colonia, Germania

Prof. Dieter Kleiber, Direttore, Istituto per la Prevenzione e la Ricerca sulla Salute Psico/sociale, Libera Università di Berlino, Germania

Prof. J. Kourea-Kremastinou, Dirigente, e Koula Merakou, Ricercatore associato, Servizio Sanità ed Amministrazione Pubblica, Scuola Nazionale di Sanità Pubblica, Atene, Grecia

Jo Reinders, Coordinatore, Centro Europeo d'Informazione 'AIDS e i giovani', Istituto per la Promozione della Salute e la Prevenzione dei Paesi Bassi, Woerden, Paesi Bassi

David Stears, Direttore, The Centre for Health Education and Health Promotion, Canterbury Christ Church College, Canterbury, Regno Unito

Bengt Sundbaum, Coordinatore nazionale, HIV Prevention for Youth, Istituto Nazionale di Sanità Pubblica, Stoccolma, Svezia

Con il contributo di:

Peter Aggleton (Regno Unito)

Vivian Barnekow Rasmussen (OMS Europa)

Giovanna Boda (Italia)

Sara Bourke e Owen Metcalfe (Irlanda)

Amanda Brodala (Regno Unito)

Kémal Chérabi (Francia)

Julia Hyden (Svezia)

Kent Johnsson (Svezia)

Tommi Kainulainen (Finlandia)

Gregorio Mrtinez (Spagna)

Bie Melis (Belgio)

Kathryn Milbourn (Scozia)

William Miller (Scozia)

Kurt Pedersen (Danimarca)

Emmanuel Ricard (Francia)

Veroon Vermeer (Paesi Bassi)

Per-Olof Östergren (Svezia)



# Indice

Premessa

4

Introduzione

5

**Capitolo 1: La Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS**

7

**Capitolo 2: Politiche e Peer education per la prevenzione dell'AIDS**

13

**Capitolo 3: Definizione e costituzione dei progetti di Peer education**

20

**Capitolo 4: Formazione ed attuazione**

30

**Capitolo 5: La valutazione dei progetti di Peer education**

39

**Allegato 1: Questionari**

46

**Allegato 2: Elenco dei progetti intervistati per la definizione delle Linee guida**

48

**Allegato 3: La Carta di Ottawa e le risoluzioni internazionali**

50



# Premessa

In qualità di Direttore della Divisione Medicina Sociale e della Prevenzione presso il Dipartimento di Medicina di Comunità di Malmö, sono orgoglioso di essere stato il Responsabile del progetto Europeer, il progetto europeo per la Peer education\* fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS, rivolto ai giovani in ambiente scolastico ed extra-scolastico. Le Linee guida redatte alla conclusione del piano d'azione e pubblicate in otto lingue, la bibliografia ed il sito su Internet hanno lo scopo di divulgare informazioni e conoscenze, e consentire la condivisione di sapere ed esperienze tra coloro che si occupano di prevenzione dell'infezione da HIV e di promozione della salute a livello europeo.

Il livello di collaborazione e disponibilità dimostrato dai partner europei e da tutti coloro che hanno contribuito al progetto è stato straordinario. Ringrazio tutti coloro che hanno partecipato per il loro operato e generosità, ed auspico che il nostro lavoro possa costituire un esempio indicante che i cittadini europei possono fattivamente lavorare insieme per conseguire importanti risultati.

Come ricercatore nell'ambito della medicina sociale e della prevenzione non posso fare a meno di essere preoccupato per la diffusione dell'HIV. Non è stato ancora sviluppato un efficace vaccino e l'accesso alla terapia con anti-retrovirus è un lusso consentito solo ai cittadini delle nazioni più ricche. Peter Piot, Direttore Esecutivo di UNAIDS in occasione della Giornata mondiale dell'AIDS, organizzata dall'ONU ha dichiarato: 'Più aumentano le nostre conoscenze sull'epidemia dell'AIDS, peggiore essa ci appare'. In numerosi paesi la maggior parte dei nuovi casi di infezione colpisce i giovani dai 15 ai 24 anni.

La Peer education fra giovani coetanei può rappresentare un efficace strumento di prevenzione dell'infezione da HIV ed un modo per rendere autonomi i giovani nel contesto della prevenzione. E' tuttavia necessaria una certa cautela nell'esprimere speranze e asserire convinzioni in merito a questo metodo complesso ed al contempo dinamico. E' necessario accertare l'efficacia delle metodologie di Peer education per la prevenzione dell'AIDS presso i cittadini di vari paesi e comprendere a fondo i suoi processi. Mi auguro che questo progetto europeo costituisca un incoraggiante passo in avanti e che possa stimolare un attivo coinvolgimento ed impegno da parte di tutti noi.

Desidero infine ringraziare Gary Svenson ed i collaboratori di Europeer per lo zelo costante dimostrato in questo compito impegnativo e congratularmi con loro per l'eccellente lavoro svolto.

Bertil S. Hanson, MD, PhD  
Direttore Divisione Medicina Sociale e  
della Prevenzione  
Dipartimento di Medicina di Comunità  
Università di Lund  
Malmö, Svezia

\* Per Peer education intende il processo di educazione fra giovani coetanei. Si rimanda a più estesa definizione all'inizio del Capitolo 1.

# Introduzione

Le presenti Linee guida rappresentano un utile punto di riferimento per la definizione, l'attuazione e la valutazione di progetti di Peer education\* per la prevenzione dell'AIDS rivolti ai giovani. Esse sono state inizialmente rivolte agli operatori sanitari ma possono essere d'aiuto ai giovani e a chiunque desideri comprendere questa metodologia. Le Linee guida sono il risultato del progetto Europeer, il cui titolo ufficiale è 'Progetto europeo sulla Peer education per la prevenzione dell'AIDS per i giovani in ambiente scolastico ed extra-scolastico'. Il progetto gode del sostegno finanziario della Commissione Europea, l'Istituto Nazionale Svedese di Sanità Pubblica e del Dipartimento di Medicina di Comunità dell'Università di Lund.

Oltre alle Linee guida, il progetto ha portato alla redazione di una bibliografia descrittiva della Peer education per la prevenzione dell'AIDS ed alla costituzione di un sito interattivo su Internet ([www.europeer.lu.se](http://www.europeer.lu.se)). Il sito contiene le Linee guida in francese, inglese, italiano, tedesco, spagnolo, portoghese, greco e svedese, che possono essere da esso stampate e pubblicate. E' inoltre possibile stampare dallo stesso sito parte della bibliografia di riferimento (principalmente in lingua inglese), le Mappe dei progetti dell'Unione Europea sulla Peer education per la prevenzione dell'AIDS, una newspage, una links page, uno spazio di discussione per Peer educator, operatori sanitari, ricercatori, valutatori ed in generale per ricavarne tutte le specifiche informazioni.

Europeer è nato dalla volontà dei partner del progetto di diffondere le tecniche di Peer education per la prevenzione dell'AIDS utilizzate in Europa. Convinti delle potenzialità insite in questo approccio e condividendone la logica improntata alla promozione della salute, si è preso atto della necessità di raccogliere sotto forma di Linee guida. Fino ad ora questo approccio si è progressivamente diffuso solamente per forza propria, i vari progetti sono stati attuati isolatamente e pareva esservi ben poco accordo sulla sua sostanza od i contesti d'utilizzo; inoltre è mancata chiaramente una ricerca sulla sua efficacia. Con i partner potenziali abbiamo più volte discusso dell'importanza di questo approccio in occasione di incontri e conferenze internazionali a livello europeo. Nel 1996 ho iniziato ad operare presso il Dipartimento di Medicina di Comunità per proseguire le ricerche sulla Peer education applicata alla prevenzione dell'AIDS, ed ho avuto occasione di occuparmi della gestione di questo progetto. I partner europei sono stati ben lieti di offrirmi il loro sostegno, fornendo brillanti suggerimenti ed idee per la realizzazione del progetto stesso.

La metodologia di Europeer è il risultato di un attento esame della letteratura esistente sulla Peer education per la prevenzione dell'AIDS e di una serie di interviste di tipo qualitativo condotte nell'ambito di progetti attuati in 11 Stati membri dell'Unione Europea. Sono stati raccolti circa 400 riferimenti bibliografici, sottoposti a revisione e successivamente raccolti in un database. I progetti intervistati sono stati selezionati dai partner del progetto e da una serie di esperti contattati direttamente nei singoli paesi. Si è data priorità ai progetti che hanno avuto risultati positivi, attuati per un sufficiente periodo di tempo e/o per i quali era stata condotta la valutazione. In tale contesto è stata dedicata particolare attenzione alle differenze culturali nei paesi europei, includendo diversi gruppi target.

Le interviste, che sono state condotte dal sottoscritto, sono state registrate e sono stati presi appunti nel corso delle interviste. Quando necessario è stata richiesta la presenza di un interprete. Sono stati intervistati in totale 24 progetti di Peer education mirati alla prevenzione dell'AIDS con interviste individuali o di gruppo. Sono stati intervistati 92 Peer educator, 30 coordinatori e responsabili di progetto, 24 formatori, 13 valutatori di progetto, 15 consulenti, 30 intermediari e 21 responsabili politici a livello locale, regionale e nazionale. Le domande rivolte nel corso dell'intervista sono elencate nell'allegato. Per mancanza di spazio le risposte fornite dagli intervistati non sono state incluse nelle Linee guida: esse sono state comunque utilizzate per la definizione del contenuto delle stesse.

\* Per Peer education intende il processo di educazione fra giovani coetanei. Si rimanda a più estesa definizione all'inizio del Capitolo 1.

Dopo la revisione della letteratura e l'analisi delle interviste è stato redatto il testo preliminare delle Linee guida che è stato distribuito ad esperti, operatori sanitari, ricercatori, politici e giovani in 14 Stati membri dell'Unione Europea. I suddetti esperti si sono riuniti per tre giorni a Malmö in Svezia assieme ad un rappresentante dell'Ufficio Regionale Europeo dell'O.M.S. nell'ambito di un incontro su 'Peer education per la prevenzione dell'AIDS mirata alla popolazione giovanile. Tramite sessioni plenarie e quattro gruppi di lavoro, i partecipanti hanno raggiunto un consenso sulle raccomandazioni da includere nelle Linee guida definitive e sul loro metodo di divulgazione (Internet). I gruppi di lavoro erano così costituiti:

- 1 Politiche e pianificazione degli interventi
- 2 Preparazione e definizione dei progetti
- 3 Formazione dei Peer educator ed attuazione dei progetti
- 4 Metodologia di valutazione.

Nella fase finale del progetto sono state redatte la bibliografia di riferimento e la versione definitiva delle Linee guida alla luce della letteratura scientifica, le interviste, i bisogni espressi dagli operatori sanitari e dai responsabili politici, e delle conclusioni raggiunte nel corso dell'incontro degli esperti. La redazione delle Linee guida è stata monitorata ed approvata dagli esperti e dai partner di ciascun gruppo di lavoro.

In centinaia, fra singole persone ed istituzioni, hanno dato un contributo ad Europeer, ed io ringrazio tutti loro di cuore. Esprimo inoltre la mia più profonda stima ai partner del progetto ed ai partecipanti all'incontro di esperti per il duro lavoro, la grande saggezza, l'incondizionato sostegno e fiducia espressi. Un vivo ringraziamento per l'ospitalità e l'apertura dimostrata dai giovani e dagli adulti intervistati.

Un sentito ringraziamento per il loro contributo speciale e la loro generosità a: Advocates for Youth (Washington, DC.); Harry Black, Fife Healthcare (Scozia); Center for Disease Control (Atlanta); Susan Charleston (London University); il Segretariato ENHPS (OMS Europa); Catharina Edlund (UNAIDS); Jo Frankham, Università dell'East Anglia (GB); Health Education Authority (GB); Jeffrey Kelley (Università del Wisconsin); Laurel MacLaren (Washington, DC); Seicus (New York) e Patricia Light, UNICEF (Firenze). Un particolare ringraziamento anche a Kent Johnsson, Ann-Christin Dufke ed Anne-Marie Wangel per il loro duro lavoro in qualità di collaboratori di Europeer.

Infine, un vivo ringraziamento alla DG V della Commissione Europea, all'Istituto Nazionale Svedese di Sanità Pubblica, il Consiglio Comunale della città di Malmö e all'Università di Lund per il contributo finanziario ed il sostegno al progetto.

*Queste Linee guida sono dedicate al futuro dei giovani europei ed in particolare ai miei figli, Emil e Stephanie*

Gary Svenson, Direttore di Europeer  
Dipartimento di Medicina di Comunità  
Università di Lund, Svezia.

# Peer education per la prevenzione dell'AIDS

Questo libretto contiene le Linee guida da utilizzarsi negli interventi di Peer education fra coetanei per la prevenzione dell'infezione da HIV presso i giovani dell'Unione Europea. Questo compito non è certamente facile poiché l'Unione Europea è attualmente composta da 15 stati membri ed un numero ancora maggiore di identità culturali. Tale premessa è importante poiché la Peer education fra giovani coetanei deve essere necessariamente inquadrata nel contesto culturale. Volendo utilizzare la più semplice delle definizioni, la Peer education è la 'comunicazione fra coetaneo e coetaneo' ed è pertanto un fenomeno sociale. Procedendo con la lettura del presente testo ci renderemo conto che questo approccio, per avere esiti positivi, deve essere basato sulle teorie ed i concetti che appartengono alle metodologie della comunicazione e deve beneficiare degli effetti dei processi di influenza del contesto sociale che vengono posti in essere.

Gli sviluppi sociali e scientifici nella lotta all'AIDS hanno probabilmente influenzato il processo di perfezionamento e diffusione su larga scala di questo approccio più di ogni altra cosa. La prevenzione dell'infezione da HIV ha imposto una ricerca ed una riflessione sulle nostre pratiche sessuali e sull'uso di droghe come mai era avvenuto in passato. Tutti hanno ormai preso atto di quanto siano numerose e diverse le pratiche sessuali, le modalità di uso delle droghe ed il significato che queste rivestono nelle diverse culture e sottogruppi sociali. Il maggiore vantaggio della Peer education consiste nella capacità di adeguare i messaggi preventivi alle specificità, ai valori ed alle necessità locali

Si tratta comunque di un approccio complesso che non può essere applicato ovunque né rivolto indiscriminatamente a tutti. Una volta conclusa la lettura di queste Linee guida ogni operatore sanitario avrà potuto comprendere il significato di questa metodologia, apprezzandone le potenzialità e scoprendone i limiti, e sarà in grado di utilizzarle per l'avvio di nuovi progetti.

## Che cos'è la Peer education per la prevenzione dell'AIDS?

### Definizione

Il termine inglese 'Peer education' (lett. 'Educazione fra pari') è ben noto a livello internazionale nell'ambito dell'educazione per la prevenzione dell'AIDS ma è tuttavia di difficile traduzione in altre lingue soprattutto a causa della presenza del termine peer (pari, coetaneo). Questo termine venne coniato centinaia di anni fa in Gran Bretagna per designare l'appartenenza ad uno dei cinque gradi di nobiltà. Nel suo moderno utilizzo,

secondo il dizionario Webster<sup>1</sup>, 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' (persona dello stesso rango; persona della medesima estrazione sociale, in particolare coetanei, dello stesso grado o status). Pertanto il termine Peer education (che verrà di seguito utilizzato tal quale) indica educazione tra pari o tra persone che appartengono al medesimo gruppo od hanno la stessa estrazione sociale, i quali instaurano un rapporto di educazione reciproca.

## Contesto storico

Chiunque posseda alcune nozioni di psicologia infantile o abbia avuto occasione di osservare le dinamiche tra bambini e giovani ben sa che in tale occasione si attua un processo di influenza sociale reciproca e continua, attuando quindi un processo di educazione tra pari. Tuttavia questa tecnica iniziò ad essere utilizzata sistematicamente solo nei primi anni del 1800 grazie al 'monitor system' inglese. Gli alunni delle scuole imparavano a tenere lezioni al cospetto di altre scolaresche su argomenti che avevano già appreso. Tale metodo veniva utilizzato principalmente per ragioni di ordine economico in quanto il ricorso agli alunni era indubbiamente meno oneroso dell'utilizzo di docenti professionisti.

## Attività tutoriali ed insegnamento fra coetanei

Negli anni '60 il 'tutoraggio' e l'insegnamento fra coetanei hanno vissuto una vera e propria fase di rinascita negli USA. L'obiettivo era di aiutare gli allievi di età leggermente inferiore, sostenendoli negli argomenti oggetto d'insegnamento, con notevoli vantaggi psicologici sia per i tutori che per gli allievi. Gli psicologi esperti dell'educazione e della crescita, applicando le teorie di Piaget, ritenevano che le interazioni tra pari che avvenivano durante l'apprendimento fossero un utile strumento per dare l'avvio ai processi di ricostruzione intellettiva nel bambino. Si basavano sul concetto secondo cui i bambini, che ricorrono al medesimo linguaggio, attuano modalità relazionali molto dirette fra loro e sono inoltre motivati a ricomporre le differenze fra se stessi e gli altri bambini. I bambini sono molto più intimiditi dalla comunicazione adulto-bambino che non da uno scambio comunicativo informale fra di loro, il quale peraltro sembra ottenere una maggiore reciproca influenza.

Due altri importanti teorici dell'epoca furono Vygotsky e Sullivan<sup>2</sup>. Secondo Vygotsky, le cui teorie erano popolari sia nell'Unione Sovietica che negli USA, i bambini apprendono interiorizzando i processi del pensiero (cognitivi) che sono impliciti nelle loro interazioni. I bambini introducono nuovi pattern cognitivi attraverso le loro interazioni. Dopo ripetute esposizioni, è possibile influenzare il pensiero individuale. Attraverso il processo di tutoraggio fra coetanei, i bambini possono apprendere le strategie necessarie per assolvere a compiti particolari. Sullivan riteneva che il peer tutoring (attività tutoriali fra pari) fosse un metodo per consentire ai bambini di acquisire informazioni e sviluppare strategie cognitive perfezionate tramite un processo di condivisione di pensieri, assunzione di impegni reciproci e negoziazione di compromessi che nel contempo consentiva di mantenere un atteggiamento di apertura nei confronti di nuove idee.

Sono stati condotti numerosi studi scientifici che confermano i benefici insiti nel peer tutoring, ma le indagini condotte negli anni '80 hanno concluso che tale approccio è maggiormente proficuo quando vi sia la necessità di sostenere gli insegnanti.

Si è inoltre riscontrato che il peer tutoring è utile quale:

- contributo all'apprendimento creativo
- aiuto al superamento dei problemi motivazionali negli allievi che hanno problemi di rendimento
- sostegno nella costruzione dell'autostima e come esperienza sociale costruttiva.

Oggi il peer tutoring è un approccio consolidato non solo nelle scuole elementari e medie inferiori e superiori ma anche nelle università. Nel frattempo le ricerche su questo metodo sono proseguite.

## Consulenza e sostegno fra pari

La consulenza fra pari è il frutto dell'applicazione del metodo di tutoraggio fra pari ed è intesa a sostenere i giovani aiutandoli ad affrontare problemi personali e sociali quali abuso di droghe, violenza carnale e violenza personale. Nato negli anni '70 e diffuso prevalentemente nel Nord America, il metodo mirava principalmente a modificare i comportamenti specifici e a sviluppare specifiche abilità. Questi programmi erano inizialmente mirati a forme di educazione basate sul sistema di peer tutoring ma vennero viepiù utilizzati per operare tramite i meccanismi di influenza sociale ed emozionale del comportamento. Teoricamente il metodo traeva ispirazione dalla teoria dell'apprendimento sociale e la teoria dell'inoculazione sociale' (ne parleremo in seguito). I giovani venivano preparati a fornire aiuto e consulenza

ad altri giovani simili a loro. In alcuni casi questi 'consulenti' avevano direttamente sperimentato e vissuto i medesimi problemi.

Il metodo è attualmente utilizzato nel Nord America ed in Europa. Esso viene utilizzato con i giovani omosessuali (uomini e donne) per aiutarli nei problemi legati all'uscita allo scoperto, nelle situazioni di tossicodipendenza, nei centri di aiuto alla donna, nella prevenzione del suicidio, nell'adozione di pratiche sessuali sicure e nella prevenzione dell'infezione da HIV e, ultimo ma non certo meno importante, nell'aiuto ai giovani sieropositivi.

## Peer education

La Peer education è un metodo in base al quale un piccolo gruppo di 'pari', numericamente inferiore nell'ambito del gruppo di appartenenza e che fa parte di un determinato gruppo demografico, opera attivamente per informare ed influenzare il resto, numericamente maggioritario, di quel gruppo. Numerosi progetti di Peer education sono stati attuati a livello di base da parte di Organizzazioni non governative (ONG), organizzazioni locali e religiose, organizzazioni giovanili ed istituti educativi. Operatori di sanità pubblica e ricercatori hanno condotto studi di fattibilità per individuare efficaci metodi di prevenzione. Gli argomenti affrontati riguardavano il tabagismo, la tossicodipendenza e l'alcolismo, la violenza, la salute sessuale ed i comportamenti a rischio per HIV ed MST (malattie sessualmente trasmissibili).

La Peer education si è diffusa più rapidamente nel settore della prevenzione dell'infezione da HIV e delle MST. Dall'inizio degli anni '90 il suo uso si è diffuso in tutto il mondo ed essa è attualmente considerata una metodologia assai promettente. I detrattori di questo metodo sostengono che l'idealizzazione della Peer education ha portato ad un utilizzo acritico ed eccessivamente entusiastico. Tale critica è spesso basata sulla mancanza di evidenze scientifiche che ne confermano l'efficacia.

Rimane comunque da chiedersi perché la Peer education si sia diffusa così rapidamente nonostante le scarse evidenze sulla sua efficacia. E' evidente che la popolarità della Peer education per la prevenzione dell'AIDS sta rapidamente e prepotentemente aumentando e non si può mettere in dubbio l'entusiasmo espresso da giovani ed adulti che hanno avuto occasione di sperimentarla. Si tratta di un approccio nuovo che mette in discussione il ruolo dell'esperto' tradizionale e rivendica il diritto dei giovani ad avere accesso alle informazioni sulla sessualità, l'HIV, le MST, i profilattici, la contraccezione e le droghe.

I gruppi di persone che oppongono resistenze alla diffusione della Peer education sono spesso guidati dalla riluttanza a fornire ai giovani informazioni complete ed esaurienti su argomenti 'sensibili', attraverso tecniche interattive o di role-playing. I giovani che vengono formati ad agire quali Peer educator divengono esperti in quegli argomenti nei confronti dei loro pari e quindi agiscono quali facilitatori di cambiamento di atteggiamenti. Tutto questo rischia non solo di 'disturbare' i tradizionalisti ma può creare disagio fra gli adulti in merito all'esattezza delle informazioni fornite, anche per la loro natura implicitamente sessuale.

## La Peer education nell'ambito della prevenzione dell'infezione da HIV

Agli esordi della pandemia da HIV si dava molta importanza all'uso delle campagne di informazione per diffondere le conoscenze sul virus dell'HIV, le sue modalità di trasmissione e su come proteggersi. Gli esperti di area medica assunsero l'iniziativa di informare il pubblico, utilizzando termini medici neutri quali 'liquidi corporei', 'rapporti vaginali ed anali' e 'gruppi a rischio'. Tale linguaggio finiva spesso per confermare pregiudizi esistenti sulle presunte differenze sociali (nei confronti degli stranieri), sui tabù (gli omosessuali) e sui comportamenti ritenuti sbagliati (l'uso di droghe). Molte persone caddero vittima di timori e riprovazione. Coloro che erano coinvolti nella lotta all'AIDS si trovarono nelle condizioni non solo di tentare di rallentare la diffusione del virus ma anche di affrontare i problemi di discriminazione cui venivano fatti oggetto i sieropositivi ed altri gruppi come gli omosessuali.

Con il progredire della pandemia alla fine degli anni '80, un crescente numero di studi scientifici dimostrò che una maggiore conoscenza su HIV ed AIDS non conduceva necessariamente ad una riduzione dei comportamenti a rischio. All'epoca, molte ONG, organizzazioni ed istituzioni locali avevano assunto un ruolo decisivo nella prevenzione dell'HIV, aiutando i sieropositivi e lottando contro la discriminazione. Nel contempo, l'approccio mirato alla promozione della salute stava sperimentando una nuova fase di rinascita in particolare dopo l'adozione della Carta di Ottawa nel 1986.

All'inizio degli anni '90, i risultati ottenuti in un crescente numero di lavori scientifici dimostravano che le influenze sociali e le normative, come pure le barriere di comunicazione tra partner affettivi, erano i principali fattori che determinavano i comportamenti sessuali a rischio. Tutto questo era stato generalmente dato per scontato dagli operatori sanitari e dai volontari che lavoravano sul territorio. Le ONG, le organizzazioni locali, i clinici ed i consulenti sessuali erano ben informati, esperti ed attivi nell'ambito di reti nazionali ed internazionali ove potevano condividere problematiche e conoscenze.

Le riviste mediche e scientifiche iniziavano allora ad auspicare l'adozione di modelli informativi per la trasmissione delle conoscenze dall'alto verso il basso, con il ricorso ad esperti. Generalmente si riteneva che gli interventi dovessero essere mirati a ogni singolo gruppo target e che i messaggi dovessero essere comprensibili ed applicabili nella vita di tutti i giorni. Il linguaggio bio-medico doveva essere sostituito da un linguaggio di facile comprensione e maggiormente esplicito. Si rendevano necessari modelli dinamici di prevenzione che potessero accrescere le conoscenze sulla sessualità, sul ruolo di genere, l'orientamento sessuale, i rapporti interpersonali e l'abuso di droghe.

Inoltre, ci si chiedeva come avrebbe potuto un esperto esterno comprendere i valori impliciti, le norme comportamentali, il linguaggio della sessualità e l'uso di droghe in gruppo di cui non faceva parte? Era necessario coinvolgere la popolazione dell'area di intervento, mobilitando le comunità locali per far sì che le comunità ed i gruppi locali fossero in grado di gestire autonomamente queste problematiche. La Peer education diventava così uno dei possibili metodi per dare l'avvio a questo processo di coinvolgimento degli attori locali.

Considerando poi che la maggioranza dei giovani rimane in ambito scolastico fino a 17-18 anni, era essenziale coinvolgere il sistema scolastico nelle attività di prevenzione dell'infezione da HIV, nell'educazione sessuale e nell'informazione sull'abuso di droga. Essendo conservatori per natura, molti sistemi scolastici si rivelarono, e sono tuttora, riluttanti ad accettare questa proposta. Gli insegnanti preparati a questo approccio erano poco numerosi e l'utilizzo delle tecniche interattive era distante anni-luce dal tradizionale rapporto didattico insegnante-allievo. I sostenitori del metodo della Peer education suggerirono tuttavia che una possibile soluzione a questi problemi poteva consistere nel far sì che gli allievi affrontassero i problemi da soli.

Si riteneva inoltre che la Peer education potesse essere anche utilizzata per raggiungere quei giovani che erano all'esterno del sistema scolastico. In Europa vi sono numerosi gruppi di giovani che sono esclusi dal sistema scolastico a causa di circostanze sociali, abuso di droghe, orientamenti sessuali, povertà, stili di vita e motivi etnici o religiosi. La Peer education sembrava essere un metodo conveniente ed efficace per raggiungere questi gruppi.

Oggi la Peer education per la prevenzione dell'AIDS è il risultato dell'esperienza pratica raccolta nella prevenzione dell'infezione da HIV, ha avuto il sostegno della ricerca sociologica, si inserisce nei processi evolutivi della società e della gioventù moderna e nel movimento di promozione della salute. Quest'ultimo è un vero e proprio movimento d'opinione i cui sostenitori auspicano un cambiamento nelle attuali gerarchie dell'informazione, un maggiore coinvolgimento dei giovani ed il diritto dei giovani di essere correttamente informati sulle questioni relative alla salute, compresi la sessualità e l'uso di droghe.

Il termine 'Peer education per la prevenzione dell'AIDS' viene attualmente utilizzato per indicare una vasta gamma di metodi per educare i giovani sull'HIV, le malattie sessualmente trasmissibili ed altri argomenti relativi alla salute. Esso è in fase di evoluzione e crescita e coloro che se ne occupano cercano di fornire una definizione precisa di questa metodologia. Queste Linee guida sono un contributo alla definizione di questo concetto sulla base del suo contesto storico, esaminano le sue applicazioni pratiche nell'Europa di oggi e condividono le conoscenze e l'esperienza accumulata da esperti e giovani in 14 paesi europei.

## La Peer education in Europa oggi

Quando persone diverse si trovano a parlare o scrivere di 'Peer education per la prevenzione dell'AIDS' può succedere che esse non parlino della stessa cosa. Tutto questo è particolarmente evidente quando si analizzano i risultati delle numerose valutazioni delle ricerche che raffrontano gli effetti dei vari progetti o articoli sulla Peer education pubblicati da operatori sanitari che vantano la paternità di questo metodo. Nella Peer education per la prevenzione dell'AIDS esistono notevoli variazioni nelle caratteristiche demografiche e nella cultura dei gruppi target, quali il contesto e l'ambiente socio-economico, la formazione e la motivazione ad agire dei vari Peer educator, il contenuto e la fasi del programma di attuazione, gli scopi e gli obiettivi del progetto.

Nel tentativo di sistematizzare tutto questo presentiamo di seguito una possibile categorizzazione della Peer education per la prevenzione dell'AIDS in Europa. Ogni categoria verrà di seguito descritta nel dettaglio nelle Linee guida. Le categorie presentate non sono di natura analitica né vogliono rappresentare diversi tipi metodologici. Esse possono essere utilizzate in diverse combinazioni. Sono basate su interviste sul campo, sulla revisione della letteratura e sui risultati raggiunti nel corso degli incontri tra esperti europei.

La Peer education per la prevenzione dell'AIDS può essere divisa in quattro approcci subordinati:

- 1 l'approccio pedagogico o educativo
- 2 l'approccio specifico per le persone che sono oggetto delle attività di prevenzione
- 3 l'approccio riferito alla popolazione in generale
- 4 l'approccio di mobilitazione della comunità stimolato dai peer educator.

## Peer education e teorie comportamentali

Chiunque effettui un intervento di tipo educativo applica delle teorie su quello che sta facendo, sui motivi per cui è convinto che l'intervento sarà efficace e quali ne saranno gli esiti. Tuttavia, convinzioni e teorie non sono la medesima cosa. Applichiamo una convinzione quando diamo per scontato che un intervento sarà efficace senza comprenderne i meccanismi (processi) né avere evidenze scientifiche della sua efficacia. Per converso, 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.

I cambiamenti comportamentali sono un processo graduale che si verifica attraverso una serie di fasi. Per chi opera in questo campo è importante sapere che le teorie consentono di individuare gli elementi che potranno mediare i cambiamenti comportamentali (ovvero conoscenze, atteggiamenti, norme sociali, ecc.) e pertanto contribuiscono a chiarire gli obiettivi e gli scopi di un progetto.

Dopo un certo periodo di tempo alcune teorie vengono superate da altre e possono quindi rappresentare un ostacolo, e non più una guida, alla definizione di interventi efficaci. È necessario incoraggiare la creatività delle persone e le attività di sperimentazione ma non dobbiamo pensare che un intervento 'funzionerà' comunque quando non possiamo esserne effettivamente certi. Gli esseri umani sono creature complesse – in particolare in materia di sessualità –, ed ogni intervento basato su attività di sperimentazione che si rifanno a teorie di provata validità può guidarci nel conseguimento dei nostri obiettivi ed alla comprensione dei processi in atto in questo percorso.

Infine, esistono numerose e validissime teorie comportamentali che possono essere applicate per orientare gli interventi di Peer education. Per motivi di spazio sono state selezionate le teorie più di frequente citate nella letteratura internazionale sulla prevenzione dell'infezione da HIV e le interazioni sessuali<sup>3</sup>. La terminologia utilizzata in queste teorie è diffusamente utilizzata ed è stata ripresa in numerose altre teorie.

### Il modello delle credenze in materia di salute

Il modello delle credenze in materia di salute (HBM- Health belief model) venne originariamente sviluppato negli anni '50 e fu successivamente modificato con il passare degli anni<sup>4</sup>. Esso si basa su vari pattern di credenze personali ed è utilizzato per prevedere il comportamento di un individuo (credenza è la convinzione che qualcosa è vero o succederà). In breve, affinché possa verificarsi un cambiamento comportamentale le persone devono credere quanto segue:

- di essere vulnerabili ad una minaccia che si pone alla loro salute
- che una patologia o uno stato di mancanza di salute sia caratterizzato da un elevato grado di gravità (in termini di dolore, rischio di morte, conseguenze sociali, ecc.)
- che i vantaggi di un comportamento preventivo (p.es. uso del profilattico) siano superiori al costo ed ai disagi causati da un comportamento 'errato'
- che è possibile adottare un nuovo comportamento
- che ci sono 'stimoli ad agire' che spingono le persone a desiderare di adottare un determinato comportamento. Tali stimoli possono provenire dai mass media o essere conseguenti all'influenza esercitata da altri.

Il punto di forza di questa teoria consiste nel fatto che le persone possono essere convinte della gravità di una condizione e sono consapevoli della propria vulnerabilità. Ogni esagerazione può essere fonte di paura, ansia ed atteggiamenti di rifiuto. Questo modello è basato sulla logica ma è anche vero che le persone possono tentare di razionalizzare le proprie paure o creare miti per sfuggire a timori, ansia o ai sensi di colpa, per esempio tentando di convincersi che 'l'HIV colpisce solamente gli omosessuali e le persone che hanno comportamenti promiscui'. La 'percezione di rischio' viene misurata in base a questa teoria.

### Teoria dell'apprendimento sociale

La teoria dell'apprendimento sociale ha delineato il concetto di 'auto-efficacia', che è un determinante comportamentale, ed implica la capacità da parte di un individuo di assumere il controllo della propria situazione mentale ed ambientale<sup>5</sup>. Il concetto di 'auto-efficacia' si inserisce nell'obiettivo di promozione della salute per consentire alle persone di controllare e migliorare la propria salute. Secondo la Teoria dell'apprendimento sociale gli individui non subiscono passivamente le influenze del proprio ambiente ma mantengono con esso un rapporto di interazione reciproca e bi-univoca.

Secondo questa teoria, gli individui possono migliorare il proprio livello di auto-efficacia acquisendo nuove conoscenze ed abilità per affrontare e gestire situazioni diverse. L'apprendimento può verificarsi:

- 1 attraverso l'esperienza diretta

- 2 indirettamente, osservando e modellando le proprie azioni su quelle di altri in cui ci si identifica
- 3 attraverso la formazione in abilità legate alla situazione specifica e nella autovalutazione che a sua volta rafforzano la fiducia di essere in grado di attuare un determinato comportamento (p.es. facendo accettare al partner l'uso del profilattico).

L'auto-efficacia consiste pertanto in una percezione – la capacità di comprendere di essere in grado di svolgere specifiche azioni in determinate situazioni. Tale concetto ben si applica alla Peer education ed alle attività di apprendimento interattivo.

### Teoria dell'azione ragionata

La teoria dell'azione ragionata ha incluso nei propri modelli comportamentali i determinanti comportamentali relativi alle 'norme sociali percepite' ed alle 'intenzioni'<sup>6</sup>. Secondo questo modello, il comportamento di un individuo è influenzato dalle norme sociali prevalenti relativamente ad un determinato comportamento presso un certo gruppo o cultura. Si utilizza il termine 'percezione' in quanto è difficile che un individuo possa sapere con esattezza cosa effettivamente pensa o fa la gente (in particolare per quanto riguarda la sessualità). Se un individuo è convinto che il proprio ambiente sociale percepisce positivamente un determinato comportamento, sarà assai più probabile che tale individuo attui effettivamente quel comportamento. Questo concetto è particolarmente rilevante se accettiamo l'ipotesi secondo cui i pari/coetanei sono in grado di influenzarsi reciprocamente molto più di quanto possano fare coloro che sono esterni al gruppo.

Tale teoria considera il comportamento come un processo, costituito da una serie di fasi che generano infine l'"intenzione" di effettuare un'azione. Secondo questa teoria, sono le intenzioni comportamentali a predisporre in ampia misura una persona ad effettuare un'azione. È stato dimostrato che esistono diversi gradi di correlazione tra intenzioni e comportamenti effettivamente attuati. Tuttavia, il possibile ricorso alle intenzioni per indurre un effettivo cambiamento comportamentale è tuttora controverso. Questo concetto viene a volte utilizzato per misurare l'impatto degli interventi fra i giovani che non hanno ancora avuto rapporti sessuali, o quando non vi sia tempo sufficiente per condurre una valutazione con follow-up a lungo termine.

### Teoria della diffusione delle innovazioni

Questa teoria ricorre al modello dell'influenza sociale per dare ragione dei cambiamenti comportamentali<sup>7</sup>. Nella pratica, ogni intervento viene diretto non solo a coloro che sono direttamente testimoni di un'azione ma consente di diffondere le innovazioni (cambiamenti) in modo indiretto, attraverso le reti sociali che esistono attorno ad un gruppo target o una comunità. Queste innovazioni possono essere rappresentate da nuove informazioni, attitudini, credenze e pratiche. Per il buon esito di quanto previsto da questa teoria è fondamentale ricorrere ad opinion-leader – che sono 'agenti di cambiamento' –, e a persone che il gruppo percepisce come degne di fiducia, credibili ed innovative, e alle quali è possibile rivolgersi per ottenere un consiglio. Queste persone devono godere di un'ampia rete sociale in modo da poter influenzare un grande numero di persone, scatenando una 'reazione a catena' che si attua attraverso gli scambi interpersonali ed il dibattito. Questa teoria è utile per orientare gli interventi e spiegare gli impatti previsti nell'ambito della Peer education. Si ritiene che i peer educator possano generalmente esercitare un'influenza non solo presso le persone con cui sono in contatto diretto in virtù delle attività svolte (p.es. in una classe) ma sono anche in grado di esercitare un effetto indiretto, raggiungendo, tramite le modalità di diffusione descritte, altri gruppi target all'esterno della classe. L'efficacia di questo intervento dipende dalle caratteristiche dei peer educator, che devono essere essi stessi degli opinion-leader; il gruppo target deve essere inoltre coinvolto in dibattiti nel corso dei quali vengano illustrati e discussi i contenuti degli interventi.

#### Capitolo 1

- 1 Merriam-Webster Collegiate Dictionary. 10a ed. Springfield, Mass: Merriam-Webster; 1994.
- 2 Damon W. Peer education: the untapped potential. *Journal of Applied Psychology* 1984; 5:331-343
- 3 VanCampenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D. *Sexual Interactions and HIV: new conceptual perspectives in European research*. London: Taylor A. Francis; 1997.
- 4 Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974; 2:328-335.
- 5 Lettura consigliata: Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise over the control of AIDS infection. *Evaluation and program Planning* 1990; 13:9-17.
- 6 Fishbein M. AIDS and behaviour change: an analysis based on the theory of reasoned action. *Interamerican Journal of Psychology* 1990; 24:37-56.
- 7 Rogers EM. *Diffusion of innovations*. New York, NY: Free press; 1983.

# Politiche e Peer education per la prevenzione dell'AIDS

## Questo capitolo

La Peer education sull'AIDS è un approccio innovativo per la prevenzione dell'infezione da HIV che merita la considerazione degli ambienti politici. I responsabili politici possono infatti svolgere un ruolo chiave per avviare e sostenere i progetti di Peer education poiché la trasmissione dell'HIV dipende dai comportamenti a rischio ed i giovani sono un gruppo difficile da raggiungere attraverso i canali tradizionali. Durante l'epidemia dell'HIV i responsabili politici hanno manifestato la loro preoccupazione per i giovani e si sono adoperati affinché la sessualità, l'abuso di droghe e la discriminazione nei confronti dei sieropositivi figurassero tra le questioni prioritarie da affrontare, promuovendo gli interventi più adeguati. Anche se a volte è difficile conciliare gli interessi di gruppi diversi, sono stati comunque effettuati notevoli progressi. Oggi sappiamo, molto più che in passato, cosa è necessario per continuare efficacemente la lotta contro l'AIDS. La Peer education è il risultato di esperienze positive accumulate in vari paesi del mondo ed è parte integrante di una sempre più diffusa filosofia di promozione della salute, nell'ambito della quale singoli cittadini e comunità hanno la possibilità di assumere il controllo sulla propria salute.

In sunto, nella scelta delle politiche di intervento è necessario l'impegno congiunto di varie organizzazioni, gruppi o individui. I responsabili politici devono conoscere la Peer education, i suoi obiettivi ed i potenziali risultati che essa può conseguire. I progetti di Peer education vengono formulati, modificati e attuati in base a scelte politiche e decisioni amministrative.

## Politiche e Peer education

Sappiamo che non è sufficiente fornire informazioni sull'HIV e consigliare l'adozione di precauzioni per evitare il contagio. I messaggi mirati alla prevenzione e l'adozione di comportamenti sicuri devono essere adattati alle singole culture, sottogruppi, stili di vita e fasce di età. I giovani sono diversi dagli adulti in tutti questi aspetti ed il divario continua ad aumentare. Prevedere un maggiore coinvolgimento dei giovani per

attuare un'efficace prevenzione dell'infezione da HIV e promuovere la salute in generale rappresenta una sfida per i responsabili politici e coloro che si occupano di prevenzione, per aiutare i giovani a definire ed attuare comportamenti preventivi con il sostegno degli adulti.

Esistono molti accordi e statuti internazionali mirati alla promozione della salute che riguardano direttamente le problematiche della partecipazione e autogestione. La Peer education sull'AIDS si inserisce in questo contesto. La documentazione sull'argomento consente di comprendere quale sia la direzione seguita dalle politiche di promozione della salute ed è un'utile indicazione di percorso.

## Accordi internazionali sulla promozione della salute

### La Carta di Ottawa

La Carta di Ottawa è uno dei principali documenti internazionali sulla promozione della salute (v. allegato). La Carta è il risultato della prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute tenutasi nel 1986 ed è la risposta a sempre crescenti aspettative di un nuovo movimento sulla salute pubblica in tutto il mondo. Nella Carta, la promozione della salute è così definita: 'un processo che consente alle persone di accrescere il controllo sulla propria salute e di migliorarla'. Gli obiettivi dell'azione di promozione della salute delineati nella Carta sono i seguenti:

- 1 definizione di politiche pubbliche mirate alla salute
- 2 creazione di ambienti e contesti che sostengano questo obiettivo
- 3 rafforzare l'azione delle comunità locali
- 4 sviluppare le capacità della persona
- 5 riassetto dei servizi sanitari

La Carta di Ottawa riconosce che le persone rappresentano di per se stesse la principale risorsa per quanto attiene alla loro stessa salute personale. In essa si assume l'impegno a sostenere le persone a migliorare e difendere la propria salute con l'adozione di strumenti finanziari ed altre modalità di sostegno. Inoltre, la Carta riconosce che le comunità locali hanno un ruolo essenziale da svolgere nelle questioni relative alla salute. La Carta è stata successivamente integrata nel ben noto documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) denominato 'Salute per tutti'.

### Dichiarazione di Consenso di Dublino

Nel 1995, a Dublino, l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa ed il Comitato Europeo per lo Sviluppo della Promozione della Salute hanno redatto una dichiarazione di consenso sulla Promozione della Salute e le Riforme dei Sistemi Sanitari<sup>1</sup>. La dichiarazione di consenso amplia la portata della Carta di Ottawa ed individua le cinque azioni che possono più incisivamente contribuire alla promozione ed al miglioramento della salute. Esse includono:

- 1 interventi mirati affinché le comunità locali imparino a migliorare autonomamente lo stato di salute delle persone – ad esempio, stabilire le proprie priorità, con la pianificazione e l'attuazione di strategie efficaci e
- 2 interventi grazie ai quali le singole persone possono imparare a difendere la propria salute.

La prima conclusione che si desume da questo documento è la seguente: la promozione della salute e l'assistenza sanitaria sono sempre più orientate ad agire in modo tale che le comunità locali siano in grado di gestire direttamente i propri programmi sanitari, derogando al cittadino un ruolo decisivo e migliorando le proprie 'abilità sanitarie'. Pur riconoscendo che i giovani sono una parte importante delle comunità locali, alcuni ritengono che un diretto coinvolgimento in questo senso sia un passo di grande rilevanza che rimane comunque controverso, in particolare per quanto riguarda la prevenzione dell'infezione da HIV poiché esso coinvolge argomenti 'sensibili', quali la sessualità e l'uso di droghe.

## I giovani europei oggi

Potrebbe essere necessario rivedere le nostre opinioni sui giovani. Parte dell'atteggiamento riluttante nei confronti di un attivo coinvolgimento dei giovani nel dibattito su questioni importanti trae le sue origini dalle ideologie del XIX secolo. In quel periodo si riteneva in genere che i giovani ed i bambini fossero troppo immaturi, irrazionali e non certo idonei a partecipare in un serio processo decisionale. Chi continua ad avere queste convinzioni non considera che la condizione dei giovani d'oggi ed il futuro che li attende è diverso da quello dei loro genitori. L'HIV è parte importante di questo.

Per modificare questi pregiudizi è necessario convincere gli adulti che il coinvolgimento dei giovani contribuisce al loro sviluppo personale e li rende più partecipi, migliora la società in generale e genera programmi di promozione della salute più mirati ed efficaci. Dal momento che la Peer education sull'AIDS coinvolge attivamente i giovani nel dibattito su HIV, sessualità, profilattici ed abuso di droghe, è necessario che i responsabili politici proseguano con lo stesso impegno che li aveva animati all'inizio dell'epidemia dell'HIV.

## Quali sono le politiche europee sull'argomento

La Decisione No. 647/96/CEE del Parlamento Europeo e del Consiglio definisce l'AIDS 'una grave piaga' e sostiene che è importante 'promuovere l'uso corretto del profilattico quale mezzo di prevenzione dell'infezione da HIV e di altre malattie sessualmente trasmissibili'<sup>2</sup>. La Decisione prosegue sottolineando che 'i bambini ed i giovani devono essere informati assai precocemente (su questa problematica) nel contesto generale dell'educazione sull'igiene, la sessualità e la salute'. Il testo di questa Decisione non è certo ideale ma riflette comunque un dato di fatto, ovvero che la maggioranza dei giovani europei ha già avuto un rapporto sessuale all'età di 17 anni.

## La visione globale

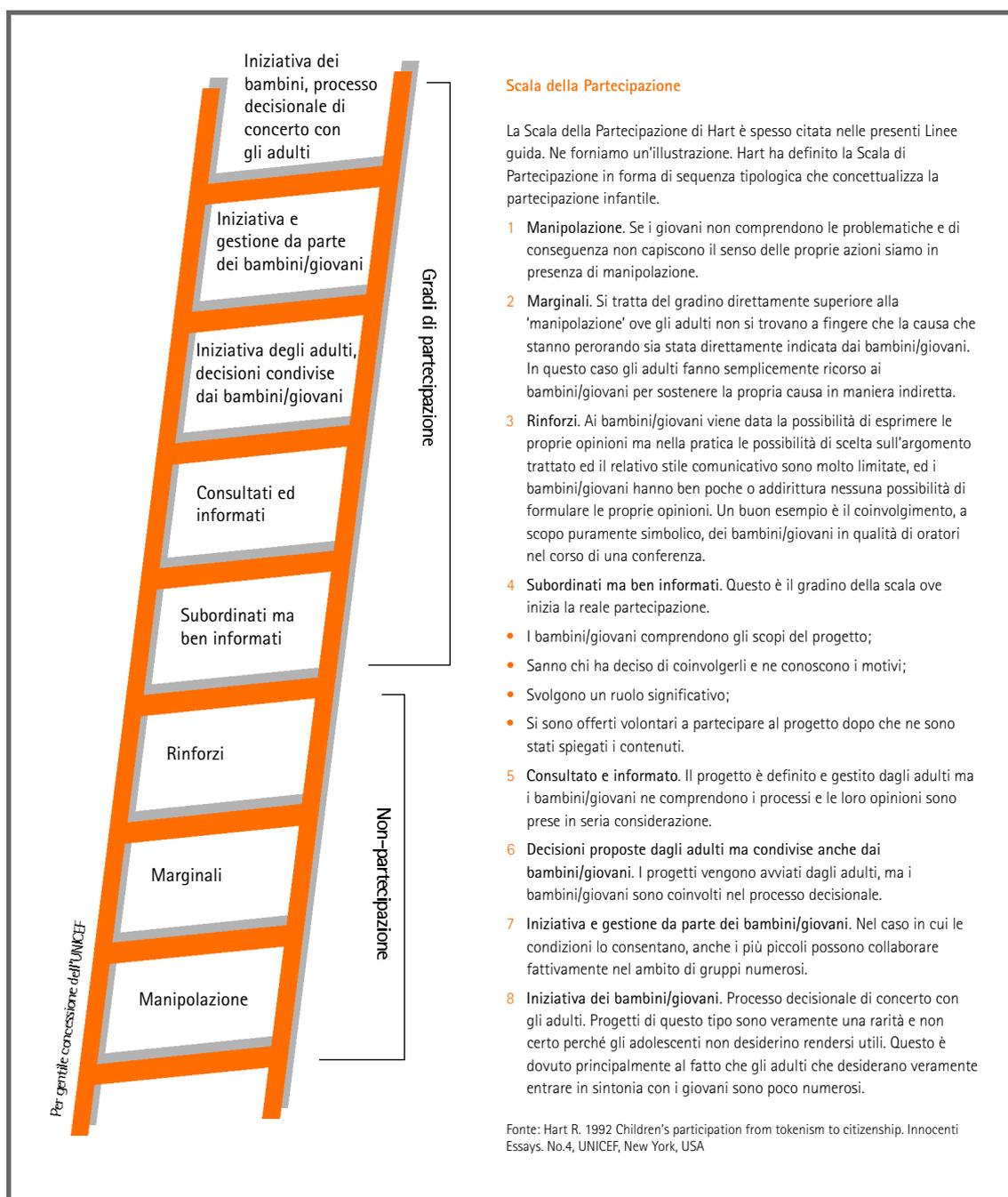
Le Nazioni Unite hanno iniziato ad occuparsi della questione nel 1989, quando l'Assemblea Generale ha adottato la Convenzione sui Diritti del Bambino (CRC – Convention on the Rights of the Child). Questo documento è forse troppo idealistico ma riguarda comunque bambini e giovani e affronta direttamente la questione della loro partecipazione alla soluzione dei problemi che li riguardano, riconoscendo che tale partecipazione è un 'diritto'. L'articolo 12 della Convenzione assicura ai bambini il diritto di conoscere e divulgare informazioni come pure di esprimere le proprie opinioni, ad eccezione dei casi in cui tali opinioni violano i diritti altrui. Gli artt. 14-17 assicurano ai bambini la libertà di pensiero e religione (art. 14), la libertà di associazione (art.15), il diritto alla privacy (art.16) ed il diritto di accesso ad informazioni appropriate (art.17).

## Cambiamento culturale e rinforzi

Gli accordi ed i documenti citati sottolineano che è in atto un impegnativo processo tramite il quale il controllo sulla promozione della salute e l'educazione alla salute viene trasferito alle comunità locali ed ai cittadini, compresi i giovani. Gli adulti dovranno cedere parte del controllo diretto che essi esercitano oggi sui giovani e dovranno adoperarsi per coinvolgerli nella definizione di politiche e programmi di prevenzione. L'esito finale di tale opera di coinvolgimento e partecipazione non deve essere considerato una rivoluzione o una forma di ribellione ma piuttosto un nuovo rapporto di collaborazione fra diversi gruppi di età. Si tratta di un ruolo nuovo per i giovani ed essi dovranno essere guidati dagli adulti nell'assunzione di responsabilità.

E' necessaria comunque una certa cautela onde evitare i pericoli insiti in quello che Hart ha definito 'manipolazione' e 'rinforzi', nei quali i giovani divengono dei meri 'ornamenti' in un processo politico<sup>3</sup>. Lo scopo della partecipazione non consiste semplicemente nel dare voce ai giovani, ma mira piuttosto a far sì che essi si assumano direttamente la responsabilità della propria salute. La Peer education si basa proprio su una maggiore partecipazione e ha lo scopo di promuovere l'autogestione personale dei giovani; per riuscire in questo i giovani hanno bisogno del sostegno e della guida degli adulti.

Dobbiamo seriamente prendere in considerazione i benefici che derivano dalla partecipazione dei giovani ai programmi di promozione della salute e alla formulazione delle decisioni che li riguardano. Tutto questo è importante poiché i giovani costituiscono un patrimonio essenziale per la società – e puntare su di essi significa essere vincenti nel futuro<sup>4</sup>.



## Perché la Peer education sull'AIDS?

### I giovani e gli adulti

I giovani condividono con gli adulti le preoccupazioni sull'infezione da HIV e ne sono forse maggiormente angosciati. Nel 1995, una ricerca condotta dalla Commissione Europea<sup>5</sup> basata su 18.500 interviste condotte in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea ha rivelato che l'80% dei giovani nel gruppo di età tra 15 e 24 anni desidera avere più informazioni sull'HIV. Solo il 14% dei giovani ritiene che 'non avrebbe mai preso l'AIDS', rispetto al 25% degli adulti. Dalla ricerca risulta che i giovani sono più informati degli adulti sulle modalità di trasmissione dell'infezione e sulla protezione dal contagio dell'HIV.

L'HIV e la sua diffusione costituiscono una preoccupazione per tutti. La Decisione No. 747/96/CEE del Parlamento Europeo e del Consiglio sottolinea ulteriormente questo aspetto: 'l'AIDS è un fenomeno che pone dei dilemmi non solo per le componenti più intime dei rapporti interpersonali tra le persone, ma riguarda anche le modalità di comportamento collettivo.'

Nella maggior parte delle società europee i giovani e gli adulti sembrano vivere quasi in universi paralleli. Ognuno di questi due gruppi pare a volte voler conservare questa separazione e mantenere distante l'altro gruppo. I pensieri, le sensazioni, le pressioni e gli atteggiamenti dei giovani sull'argomento paiono a volte di difficile comprensione per gli adulti ed i giovani sembrano a volte addirittura volerli mantenere segreti. I giovani di solito parlano delle proprie esperienze in materia di intimità sessuale e di uso di droga esclusivamente con i propri coetanei.

### I giovani nel ruolo di peer educator

La Peer education si differenzia dall'educazione dei giovani in generale per il fatto che nella Peer education i giovani assumono il ruolo di 'esperti' ed 'agenti di cambiamento' presso i loro pari. Essi vengono formati ed educati nelle problematiche della salute relative ad HIV, AIDS e malattie sessualmente trasmissibili, la sessualità, il sesso sicuro e l'abuso di droghe, e pertanto divengono 'esperti' rispetto ai loro coetanei. Assumendo iniziative quali organizzazione di interventi e dibattiti di vario tipo, essi tentano di indurre un cambiamento nelle conoscenze, atteggiamenti, norme, credenze e comportamenti dei loro coetanei.

### Collaborazione con gli adulti

La Peer education è un'opportunità per esperti adulti di trasmettere le proprie conoscenze ed esperienze ai giovani. Questo processo deve iniziare rivolgendo l'attenzione a quanto pensano i giovani in merito a come affrontare i problemi, anche se i loro pareri possono apparire non professionali o non convenzionali in rapporto alle teorie consolidate. Questa attività deve essere condotta in modo tale che i giovani percepiscano che possono 'gestire' il lavoro che è in corso. La collaborazione con gli adulti rende i giovani autonomi tramite atteggiamenti di apertura, una buona comunicazione, il reciproco rispetto e fiducia.

I giovani trovano le proprie radici nelle comunità in cui vivono attraverso i genitori, la scuola, i centri ricreativi, la sanità, gli enti e le associazioni locali e le associazioni giovanili. Le organizzazioni, associazioni e gli enti che fanno parte delle reti presenti nelle comunità locali possono fungere da base per i programmi di Peer education sull'AIDS.

I responsabili politici e coloro che si occupano di pianificazione devono essere consci che le quattro categorie o approcci subordinati della Peer education descritti in queste Linee guida non sono metodi specifici o distinti fra loro. Si tratta di categorie puramente descrittive che hanno lo scopo di tentare una classificazione di quanto riscontrato negli 11 paesi ove sono state condotte le interviste e negli articoli presenti nella letteratura internazionale. In realtà, i progetti di Peer education possono avvalersi di approcci combinati mutuati dalla pedagogia, possono essere altresì specifici per le persone che sono oggetto dell'attività di prevenzione oppure essere riferiti alla popolazione in generale, o ancora possono mirare alla mobilitazione delle comunità locali tramite l'approccio educativo fra pari. E' assai importante che i progetti di Peer education siano adattati al gruppo target di giovani cui sono rivolti ed al loro ambiente fisico, sociale ed economico, come pure alla fase (o età) del loro sviluppo evolutivo, alle loro peculiari necessità e problematiche.

### Peer education in ambiente scolastico

La Peer education può essere utilizzata in molti contesti. Nelle scuole essa può essere utilizzata come intervento individuale o come complemento di altri programmi di promozione della salute. I responsabili politici ed i pianificatori a livello locale dovranno convincere gli educatori scolastici dei vantaggi dei progetti di Peer education che trasformeranno i loro allievi in esperti ed agenti di cambiamento fra coetanei e dovranno eventualmente sostenere la gestione di tali progetti. Gli educatori potrebbero essere coinvolti come fonte di conoscenza e per contribuire allo sviluppo di abilità cognitive e razionali dei bambini tramite l'utilizzo di tecniche didattiche. Lo scopo potrebbe essere quello di mantenere un soddisfacente stato di salute degli allievi anche se questo non è sufficiente per migliorare la loro abilità di comprendere e migliorare la salute. Tuttavia è in corso un cambiamento, e le scuole sono sempre più coinvolte nella promozione della salute degli allievi.

### Le scuole che promuovono la salute

La I Conferenza Internazionale della Rete Europea di Scuole che Promuovono la Salute, che ha avuto il patrocinio della Commissione Europea, il Consiglio d'Europa e OMS Europa, si è tenuta in Grecia nel maggio 1997. Nel corso della conferenza, numerosi specialisti di diversi settori, provenienti da 43 paesi, hanno

discusso la questione della promozione della salute nelle scuole. La seguente risoluzione ufficiale è stata adottata dalla Conferenza: 'Ogni bambino e giovane europeo ha il diritto, e deve avere la possibilità, di essere educato in una scuola che promuove la salute' (v. appendice 3).

Questi specialisti hanno voluto redigere una risoluzione che faccia appello a tutti i governi europei ad adottare il concetto di 'Scuola che promuove la salute' ed a creare le condizioni per l'attuazione pratica di 10 diversi principi. Uno dei principi, 'Autogestione e competenza nell'azione', stabilisce che una scuola che promuove la salute migliora l'abilità dei giovani ad agire e ad indurre il cambiamento, e che gli allievi che collaborano con insegnanti ed altri operatori per la promozione della salute possano sentirsi parte attiva in nuove conquiste ed acquisire l'abilità di influenzare le proprie vite e condizioni di vita. Infine si sottolinea che tutto questo può essere conseguito attraverso politiche e pratiche che diano l'opportunità ai giovani di partecipare all'adozione di importanti decisioni.

## AIDS ed imbarazzo

Gli insegnanti, i genitori ed il personale scolastico non insegnante possono provare un certo imbarazzo nei confronti della Peer education sull'AIDS. Gli argomenti trattati sono 'sensibili' e possono generare un certo imbarazzo in alcuni adulti. Le diverse tematiche, il cambiamento del ruolo degli allievi e le tecniche interattive possono risultare snervanti per alcuni. Un'altra causa di opposizione può essere dovuta al fatto che tali attività sembrano distogliere tempo prezioso all'insegnamento di altre materie. La Peer education può tuttavia essere condotta nel contesto di materie didattiche quali educazione sulla salute, la sessualità e la droga o al di fuori dei tradizionali programmi o nel corso di altri eventi scolastici. Vi sono numerosi esempi di progetti di Peer education condotti in questo modo in vari paesi d'Europa.

La definizione di politiche può essere un valido aiuto per informare le scuole ed i sistemi scolastici sulla Peer education e la promozione della salute. Il personale scolastico può partecipare a corsi di formazione in metodi nuovi come la Peer education, e può collaborare con gli esperti provenienti da altre scuole. E' possibile definire progetti pilota e condurre studi di fattibilità. La collaborazione e la cooperazione intersettoriale a livello europeo, nazionale, regionale e locale possono essere molto costruttive. In questo contesto può essere particolarmente utile il ruolo svolto dai ministeri della Sanità, Istruzione e Gioventù che possono fungere da collegamento fra il livello nazionale ed ogni singolo istituto scolastico.

## La Peer education in ambito extrascolastico

La Peer education è una metodologia particolarmente utile per coloro che desiderano raggiungere anche i giovani che sono all'esterno dell'ambiente scolastico. A tale proposito è possibile agire:

- 1 attraverso strutture formali quali associazioni sportive, istituti di pena, centri di accoglienza/ostelli o centri giovanili e
- 2 tramite gruppi giovanili che non fanno parte di uno specifico contesto organizzativo o associativo

In questa sede ci occuperemo esclusivamente del secondo contesto. In questo ambito vi sono molti gruppi vulnerabili all'HIV, e fra questi gli emigrati, i giovani appartenenti a diversi gruppi etnici, i giovani gay, le lesbiche ed i bisessuali, coloro che utilizzano droghe per vie endovenosa, coloro che si prostituiscono, la gioventù di strada ed altri gruppi socialmente svantaggiati.

I giovani all'esterno dei contesti organizzativi istituzionali generalmente appartengono a culture 'minoritarie' che difficilmente possono essere raggiunte dagli esperti tradizionali e dai messaggi del marketing sociale. Può essere estremamente difficile avere accesso a questi gruppi a meno che non si faccia parte di 'quel gruppo'. Inoltre questi gruppi creano, avviano e gestiscono autonomamente le proprie iniziative per evitare il contagio da HIV. Non si tratta semplicemente di diffondere la prevenzione: è possibile infatti proporre programmi che contribuiscano a rafforzare l'autostima e la responsabilità sociale dei giovani coinvolti.

Le organizzazioni nelle comunità locali, i programmi specifici per le persone che sono oggetto dell'attività di prevenzione e le ONG in contatto con queste persone spesso godono di un rapporto di fiducia con essi. Tali strutture possono essere incoraggiate ad attuare la Peer education diffondendo informazioni su progetti di questo tipo che hanno avuto esito favorevole. Inoltre la preziosa esperienza e le conoscenze esistenti grazie a progetti di Peer education che sono in corso possono essere condivise, creando contatti fra le suddette organizzazioni ed i gruppi che hanno espresso interesse in merito, a livello europeo, nazionale, regionale e locale.

## La valutazione dei progetti – una questione di politiche

Una delle più importanti problematiche che riguardano la Peer education è la mancanza di letteratura sulla valutazione dei progetti. Questa carenza ha un effetto

negativo sulla definizione di nuove politiche in quanto l'assenza di metodi di valutazione rende difficile il processo decisionale e l'individuazione delle priorità. Vi sono numerosi fattori che contribuiscono a questo, non ultimi il 'divario' che esiste tra operatori sanitari e ricercatori, la mancanza di concordanza nell'uso del termine 'Peer education' ed il fatto che la Peer education sull'AIDS è un approccio relativamente nuovo ed innovativo.

### Operatori sanitari ed esperti della valutazione: un rapporto controverso

Gli operatori sanitari sono coloro che lavorano in diretto contatto con i giovani, definiscono e sostengono i progetti di Peer education. Essi incontrano i giovani individualmente e le conoscenze acquisite provengono da informazioni di prima mano sui giovani e le loro esperienze di vita. Essi utilizzano le proprie conoscenze, esperienza ed intuito per cercare di comprendere il da farsi e successivamente agiscono. Gli operatori sanitari potrebbero sentirsi oggetto di controllo e supervisione da parte di valutatori esterni e pertanto potrebbero guardare con sospetto ad un eventuale coinvolgimento dei valutatori nei programmi. I metodi teorici di valutazione utilizzati dai valutatori ed i 'controlli' che essi effettuano potrebbero essere considerati poco pratici o inattuabili.

Per tradizione professionale, i valutatori ed i ricercatori mantengono un atteggiamento obiettivo ed operano in base a teorie ed evidenze scientifiche. E' stato sviluppato un modello gerarchico di conoscenza che presuppone che teoria e ricerca siano gerarchicamente superiori all'azione sul campo. Le difficoltà nei rapporti di collaborazione e la non facile condivisione di abilità tra operatori sanitari e valutatori, agenzie ed università sono fattori che hanno impedito la comparsa di una letteratura sulla valutazione<sup>6</sup>. Può inoltre avvenire che i rapporti sui risultati ottenuti siano compilati con grande ritardo rispetto al momento in cui un determinato intervento è stato effettivamente attuato. In questo intervallo di tempo gli operatori sanitari ed i peer educator avranno maturato nuove esperienze e si saranno ulteriormente evoluti. Per questi motivi la Peer education può essere considerata un 'bersaglio in movimento'.

La definizione di politiche di intervento può essere utile ad incoraggiare la collaborazione tra università, operatori sanitari e cittadini. E' possibile organizzare seminari, work-shop e corsi di formazione sui metodi di valutazione e su come compilare i rapporti di progetto a favore degli operatori sanitari, a livello nazionale, regionale e locale. Nel lungo termine, tutto questo contribuirà allo sviluppo di singoli programmi e consentirà di diffondere più rapidamente le conoscenze sull'esistenza di approcci nuovi ed innovativi quali la Peer education. Il Capitolo dedicato alla valutazione contenuto in queste Linee guida riprende questo argomento in maniera più approfondita e formula alcune potenziali soluzioni pratiche.

Per agevolare il processo decisionale i responsabili politici possono creare reti di comunicazione grazie alle quali i giovani, gli operatori sanitari, i ricercatori ed essi stessi possono condividere esperienze e venire a conoscenza delle opinioni e dei problemi altrui.

#### Capitolo 2

- 1 WHO Regional Office for Europe, Health promotion and health care systems reforms – a consensus statement. WHO Regional Office for Europe; 1995
- 2 Commissione Europea. Programma d'azione comunitario 'L'Europa contro l'AIDS'; Direzione Generale V, Commissione Europea; 1996 Riferimento interno no.: CE-V/3-97-003-N/FR-C
- 3 Hart R. Children's participation: from tokenism to citizenship. Innocenti Essays; No.4; New York, NY: UNICEF; 1992.
- 4 Sustainable Agricultural Programme. PLA Notes, No.25. Londra: International Institute for Environment and Development; 1996.
- 5 Commissione Europea. Europeans and AIDS: results of Eurobarometers surveys 43.0 et 43.1. Bruxelles: Commissione Europea; 1996.
- 6 Mc Carett Hess P, Mullen EJ, editori. Practitioner-researcher partnerships: building knowledge from, in and for practice. Washington, DC: NASW Press; 1995.

# Definizione e costituzione dei progetti di Peer education

## Questo capitolo

Questo capitolo illustra le Linee guida relative alla definizione e costituzione dei progetti di Peer education fra giovani coetanei. Gli sviluppi futuri di ogni progetto dipendono dall'adeguata pianificazione iniziale del progetto stesso. In questa fase l'aspetto probabilmente più impegnativo è costituito dal 'lavoro umano' che questo processo implica. Per costituire un progetto è necessario entrare a fare parte delle dinamiche di un gruppo o una comunità ed individuare i ruoli più adatti da svolgere.

## Maneggiare con cura!

La Peer education può dare le soddisfazioni che possiamo ottenere ogni qualvolta si lavora in stretta collaborazione con i giovani. E' tuttavia importante considerare le questioni etiche relative al ruolo di responsabilità che compete agli adulti. Ecco alcuni consigli che definiremmo 'maneggiare con cura!'

- 1 Accertatevi che i giovani cui volete indirizzare il progetto di Peer education sull'AIDS siano veramente interessati al progetto. Spiegate con chiarezza il concetto di Peer education. Potreste scoprire che i giovani preferiscono essere informati da esperti di area medica o altri adulti, o addirittura che sono più interessati ad altre problematiche.
- 2 Quando saranno chiamati ad assumere un nuovo ruolo da 'esperti' e 'agenti di cambiamento' su questioni 'sensibili', i peer educator saranno esposti alle critiche altrui. Amici e coetanei rivolgeranno loro domande personali e complicate e i peer educator dovranno essere in grado di rispondere in modo preciso e puntuale, fornendo informazioni aggiornate o indicando i nominativi di esperti cui rivolgersi. Inoltre, essi dovranno mantenere la riservatezza su informazioni e fatti di cui verranno a conoscenza e saranno sottoposti a pressioni che imporranno loro di 'predicare bene e razzolare bene', un compito certamente non facile.
- 3 Ogni errore o svista può causare danni sociali ed emotivi. Gli adulti dovranno accertarsi che venga adottata l'etica del 'non nuocere' e che tale approccio sia mantenuto per tutta la durata del progetto. Per ottenere tutto questo sarà necessario fornire sostegno ai giovani, con informazioni chiare e precise ed evitando di abbandonare i giovani a se stessi alla conclusione del progetto. Inoltre, dovrà essere chiaramente sottolineato che ogni informazione ricevuta dai coetanei deve essere trattata con riservatezza; grande attenzione sarà dedicata alla scelta di affidabili formatori, supervisori e coordinatori, e gli adulti dovranno rendersi disponibili ogni volta che sarà necessario venire incontro alle esigenze o rispondere alle domande dei peer educator.

## Processi del progetto

La costituzione e l'attuazione di un progetto di Peer education implica la conduzione di svariate attività parallele. Tali attività sono:

- 1 reperire fondi e garantire la disponibilità finanziaria necessaria per sostenere il progetto
- 2 creare e mantenere una 'coalizione' di progetto
- 3 lavorare con i giovani
- 4 predisporre la logistica per le attività di formazione, attuazione e sostegno, e
- 5 definire le metodologie valutative ed effettuare la valutazione.

Ogni progetto di Peer education è unico nella suo genere ed ha percorsi di sviluppo propri: le 'Interviste europee' che sono alla base di queste Linee guida e la letteratura di riferimento forniscono comunque consigli di natura generale.

### Il reperimento dei fondi

Come ogni altra attività pubblica anche i progetti di Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS necessitano di un finanziamento, che può essere disponibile in forma di sovvenzioni, stanziamenti o sussidi, oppure provenire dai bilanci pubblici. Il settore pubblico, i finanziatori privati o le fondazioni di ricerca possono rappresentare una potenziale fonte di finanziamento.

I fondi non verranno comunque utilizzati solamente per sostenere progetti per la prevenzione dell'infezione da HIV e per combattere l'uso di droghe. La Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS costituisce parte integrante delle attività per diffondere la promozione della salute e pertanto il sistema sanitario e la pubblica istruzione sono potenziali fonti di finanziamento. Di sovente avviene che i fondi pubblici siano destinati in via prioritaria a favore di gruppi vulnerabili quali emigranti, giovani di diversi gruppi etnici, tossicodipendenti che assumono droghe per via endovenosa ed emarginati in generale.

Qualunque sia la fonte di finanziamento, gli enti che erogano i fondi dovranno essere attivamente convinti della validità dei progetti proposti alla loro attenzione.

### La creazione della 'coalizione' di progetto

I progetti di Peer education si avvalgono del contributo di moltissime persone. Il lavoro con i giovani, ed in particolare con i minorenni, implica il coinvolgimento di persone chiave ed intermediari quali genitori, insegnanti e giovani lavoratori. Dal momento che gli intermediari fanno parte di organizzazioni locali sarà necessaria la collaborazione tra l'organismo che avvia il progetto e le organizzazioni interessate. I genitori e gli altri attori coinvolti nel progetto, sono spesso riuniti in associazioni ed il progetto avrà bisogno del loro aiuto. Raccomandiamo di creare una 'coalizione di progetto' con questi gruppi ed organizzazioni. La natura di questa coalizione varierà considerevolmente a seconda del gruppo target e dell'approccio di Peer education prescelto. Nei programmi specifici per le persone che sono oggetto dell'attività di prevenzione la coalizione potrà coinvolgere proprietari o gestori di bar e locali pubblici, operatori che lavorano con i giovani ed operatori di progetti simili e così via.

La coalizione dovrà essere costituita durante le primissime fasi della pianificazione e dovrà essere conservata e sostenuta nel corso dell'intero progetto attraverso la collaborazione, la comunicazione ed il dialogo. Sarà fondamentale convincere le organizzazioni ed i singoli operatori dei benefici insiti nella partecipazione dei giovani e dei vantaggi della Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS. Sarà inoltre necessario che il sostegno, i contributi ed il coinvolgimento di tutti gli interessati non vengano meno nel corso di tutto il progetto.

### Il lavoro con i giovani

Le figure più importanti di tutto il progetto sono il gruppo target (i giovani) ed i peer educator. I giovani raramente conoscono la Peer education, le sue implicazioni o cosa significhi esserne parte attiva. Sarà quindi necessario avvicinare i giovani, informarli, prestare ascolto alle loro opinioni ed infine far loro percepire che il progetto è veramente nelle loro mani. Questo rapporto di dialogo e collaborazione dovrà essere mantenuto per l'intera durata del progetto.

Una volta reclutati i peer educator, sarà necessario prevedere la loro formazione, consentendo loro di operare e sostenendoli nel loro lavoro. Il Capitolo 4 descrive dettagliatamente questo processo. E' inoltre possibile che i peer educator non siano sempre le stesse persone nel corso di un progetto: alcuni abbandoneranno il progetto, altri cresceranno e saranno reclutati nuovi educator. Anche gli adulti potranno

decidere di abbandonare un progetto. L'istituzione ospitante dovrà garantire continuità al progetto, senza dimenticare che i giovani sono spesso di carattere mutevole.

## La logistica

Dovranno essere organizzati numerosi dettagli pratici per garantire il buon esito e la riuscita del progetto. In tal senso sarà necessario coordinare le attività di formazione e gli interventi di sostegno ai peer educator, prevedere la disponibilità di strutture e materiali, organizzare attività ed incontri, redigere rapporti e così via. Le attività di logistica richiedono il coinvolgimento di molte persone, quali peer educator, partner della colazione ed intermediari. Gli attori del progetto dovranno essere sempre disponibili a fornire sostegno ai peer educator ogni qualvolta sia necessario.

## Metodologia di valutazione

La valutazione serve a valutare i risultati ottenuti dal progetto, le modalità di conseguimento degli obiettivi e a fornire informazioni che serviranno per simili attività nel futuro. Per condurre un'efficace valutazione essa deve essere progettata nelle fasi iniziali del progetto e deve essere condotta in parallelo al progetto fino alla conclusione dello stesso o fino ad una data decisa in precedenza.

Tale processo implica apparentemente un notevole lavoro di pianificazione, ma questo non ci deve scoraggiare in quanto ogni progetto di prevenzione ha questa caratteristica. La caratteristica distintiva della Peer education è l'attiva partecipazione dei giovani ed il fatto che gli adulti sono chiamati ad insegnare ai giovani ad essere autonomi e a sostenere gli stessi in tale processo. La mole di lavoro effettiva dipenderà dalla portata del progetto. La costituzione di una 'coalizione' significa che il lavoro potrà essere suddiviso tra vari organismi o integrato in attività già in corso, come ad esempio nelle attività di classe. I peer educator saranno infine in grado di agire con ampia autonomia. Formatori esterni, valutatori ed educatori potranno essere coinvolti se e quando necessario. Dovrà essere comunque previsto un coordinatore per supervisionare tutte le attività in corso.

## Pianificazione

La pianificazione di un progetto di Peer education dovrà seguire le fasi seguenti, anche se non necessariamente nello stesso ordine cronologico:

- 1 Valutazione di un gruppo di giovani da coinvolgere nella Peer education
- 2 Definizione del progetto
  - a individuazione di scopi ed obiettivi di massima
  - b sviluppo di un modello di progetto
  - c definizione delle metodologie di valutazione
- 3 Avvio del progetto
  - a creazione della coalizione di progetto
  - b sviluppo di un piano d'azione
  - c reclutamento dei peer educator
  - d predisposizione delle attività di formazione dei peer educator
  - e predisposizione delle attività di sostegno
  - f nomina di un coordinatore di progetto

## 1 Come valutare un gruppo di giovani da coinvolgere nella Peer education

La Peer education si è rivelata utile per raggiungere i giovani ed i giovani emarginati sia in ambiente scolastico che extrascolastico. E' possibile avviare i progetti grazie a nuovi finanziamenti o integrandoli in programmi già esistenti.

La prevenzione dell'infezione da HIV è un investimento necessario che riguarda tutti i giovani ed il nostro futuro in generale. Tuttavia alcuni gruppi sono più vulnerabili di altri a causa dei comportamenti a rischio o perché tali gruppi non vengono raggiunti dai programmi di prevenzione rivolti alla maggioranza della popolazione. La composizione e le caratteristiche di questi gruppi varia considerevolmente tra le regioni d'Europa. Dal momento che l'epidemia di HIV è attualmente un conglomerato di 'piccole' epidemie con radici nelle pratiche locali, nelle condizioni sociali, economiche ed ambientali, la Peer education presenta il

vantaggio di focalizzare l'attenzione su piccoli gruppi di giovani dalle caratteristiche culturali peculiari. Questo non è che uno dei possibili approcci al problema.

Il buon esito degli interventi mirati a singoli gruppi di giovani dipende dagli intermediari che devono essere individuati fra le persone che i giovani apprezzano e di cui si fidano. Tali intermediari possono fungere da elemento di contatto e divenire infine figure chiave in una coalizione di progetto. I progetti che coinvolgono i giovani in ambito scolastico, istituti penali o centri ricreativi dovranno essere sottoposti ad un processo di approvazione formale. Si raccomanda di richiedere pareri, opinioni, consigli e sostegno dei suddetti individui ed istituzioni sin dalla fase preparatoria dell'intervento.

Una volta stabiliti i contatti con i giovani sarà compilato un elenco dei loro pareri in merito al problema dell'HIV. E' possibile prevedere incontri con i giovani riuniti in piccoli gruppi o nel corso di assemblee, utilizzando il principio della discussione in focus groups o altre tecniche formali. Oppure è possibile organizzare incontri per discutere la questione con opinion-leader e figure carismatiche nelle varie associazioni o gruppi giovanili. Nel corso delle riunioni i giovani potrebbero richiedere che vengano attuate azioni o perseguiti obiettivi che non è possibile raggiungere: ad esempio, avere facile accesso ai profilattici o scambiare siringhe usate con siringhe nuove nelle farmacie. I giovani emarginati potrebbero richiedere anche un aiuto finanziario.

Gli operatori del progetto potrebbero trovarsi in una posizione difficile. I giovani vogliono spesso sapere cosa pensano gli adulti di certi problemi. Sarà necessario spiegare loro che voi e le istituzioni per cui lavorate desiderate renderli autonomi e sostenerli nella lotta all'HIV. La vostra affidabilità, credibilità e la capacità di entrare in un rapporto di empatia saranno fondamentali. A volte potreste accorgervi che la Peer education non è accolta con favore o corre addirittura il rischio di naufragare miseramente. La cooperazione fra giovani ed adulti che avviene grazie alla Peer education è così stretta che a volte, prima o dopo, possono emergere atteggiamenti od opinioni in precedenza nascosti.

Infine i giovanissimi, per una questione di età, potrebbero non essere in grado di formulare o comprendere pienamente la propria posizione nei confronti dell'HIV, la sessualità e l'uso di droghe. E' utile richiedere sin dall'inizio il loro parere sulle informazioni che hanno ricevuto in passato e sapere se hanno ancora dubbi su alcune problematiche. Tutto questo dovrebbe stimolare un proficuo dibattito. Come indicato in precedenza, l'80% dei giovani europei ha dichiarato che desidera ricevere più informazioni sull'HIV e su come proteggersi.

## 2 Definizione del progetto

### a Definizione di scopi ed obiettivi di massima

Coloro che si occupano di progetti di Peer education mirati alla prevenzione dell'AIDS dovrebbero porsi obiettivi precisi. Fra questi:

- agire in modo da favorire l'attuazione di un progetto presso uno specifico gruppo target
- misurare l'efficacia o i processi del progetto stesso
- rafforzare l'autostima o gli atteggiamenti di presa in carica dei giovani
- porre un freno alla dell'HIV

Gli 'obiettivi' esprimono nel dettaglio i risultati che il progetto si prefigge di raggiungere. Tipico esempio ne sono:

- effettivi cambiamenti nelle conoscenze, atteggiamenti, credenze e comportamenti nei confronti dell'HIV
- potenziare specifiche abilità quali uso di profilattico o imparare a convincere il partner sull'utilità dello stesso
- corretti comportamenti nell'uso di siringhe o altri presidi di iniezione.

Gli obiettivi possono essere conseguiti in modo sequenziale al fine di raggiungere gli scopi del progetto. Per comprendere a fondo gli obiettivi è importante considerarli come mete 'concrete e misurabili' che possono essere raggiunte, per esempio, attraverso l'uso di 'marcatori' o di una valutazione. L'individuazione degli obiettivi è un eccellente esercizio per concettualizzare con precisione quanto si cerca di raggiungere e per valutarne la fattibilità.

### b Sviluppo di un modello progettuale

Il modello progettuale è una descrizione specifica del progetto che comprende i contenuti, l'approccio utilizzato e le modalità secondo cui il progetto potrà conseguire gli scopi e gli obiettivi fissati. I modelli in

questione sono dinamici ed illustrano i vari processi in precedenza descritti. Un modello progettuale considera innanzitutto la vera natura del gruppo target, suggerisce modalità attuative e descrive il ruolo dell'agenzia di coordinamento, i partner della coalizione, i peer educator, gli intermediari e la comunità locale. Il progetto verrà sviluppato in fasi successive per un certo periodo di tempo, nel corso del quale i peer educator hanno la possibilità di migliorare le proprie competenze, le proprie capacità di influenza e controllo. Sarà necessario includere una spiegazione teorica e logica che illustra i motivi per cui si ritiene che il progetto avrà buoni risultati e come esso si svolgerà. Le metodologie di valutazione, se già definite, saranno incluse nel modello progettuale.

La bozza di massima del modello progettuale servirà da base per spiegare e negoziare il futuro progetto con i giovani ed i potenziali membri della coalizione. Questo processo di collaborazione per la definizione del modello progettuale favorisce la partecipazione, migliora le capacità di autogestione ed accresce il senso di 'possesso' dei giovani nei confronti del progetto. In questo modo il coinvolgimento dei giovani ed il contributo fornito dai membri della potenziale coalizione possono favorire la definizione di un solido e più realistico modello progettuale.

Nell'introduzione sono state presentate quattro categorie descrittive o approcci subordinati alla Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS che sono il risultato di interviste condotte in vari paesi europei, dei lavori descritti nella letteratura scientifica internazionale sulla Peer education e dei risultati raggiunti nel corso dell'Incontro internazionale degli esperti europei. Tali approcci vengono di seguito illustrati in dettaglio affinché possano contribuire alla definizione dei modelli progettuali.

Gli approcci subordinati sono:

- 1 approccio pedagogico o educativo
- 2 approccio specifico per le persone che sono oggetto dell'attività di prevenzione
- 3 approccio riferito alla popolazione in generale
- 4 approccio che mira alla mobilitazione delle comunità locali a seguito dell'iniziativa dei peer educator

#### *L'approccio pedagogico*

In questo approccio le informazioni vengono presentate in un ambiente formale. Un esempio tipico di questo approccio è il caso in cui i peer educator organizzano una lettura magistrale della durata di 1 o 2 ore utilizzando tecniche didattiche ed interattive in presenza o meno di adulti. I peer educator hanno la stessa età, o sono più grandi, dei partecipanti all'incontro ma non fanno necessariamente parte dello stesso gruppo sociale né hanno necessariamente vissuto le stesse esperienze.

Le attività o sessioni possono essere moderate dagli adulti ma è indispensabile che i peer educator utilizzino un linguaggio diretto ed esplicito più adatto ai giovani; anche le domande saranno più dirette. In questo approccio è possibile utilizzare dei 'copioni' predisposti dagli adulti oppure lasciare che i peer educator decidano i contenuti dell'intervento in piena autonomia.

Questo approccio si basa sul trasferimento di precise informazioni, migliora l'efficienza personale e le abilità negoziali se si utilizzano giochi interattivi e si individuano i 'miti' e le informazioni sbagliate dei giovani su HIV, MST, droghe, ecc. Di rado ci si attende che le informazioni ottenute dai giovani vengano diffuse all'esterno dell'ambiente formale considerato attraverso le reti sociali. Tale approccio è spesso utilizzato a complemento di altri interventi, quali ad esempio i corsi di educazione sessuale.

#### *Approccio specifico per le persone che sono oggetto dell'attività di prevenzione*

Nei casi in cui viene utilizzato questo approccio è raro che i peer educator facciano parte del medesimo gruppo sociale dei giovani cui è rivolto l'intervento educativo; essi ne condividono comunque alcune caratteristiche quali età, gruppo etnico, lingua, orientamento sociale, problemi (p.es. abuso di droghe). L'uso di questo approccio si basa sui medesimi presupposti dell'approccio pedagogico, e si avvale di un linguaggio al contempo implicito ed esplicito. Dal momento che i peer educator condividono le caratteristiche e gli stili di vita del gruppo target, i membri del gruppo possono più facilmente identificarsi con loro e questo può rappresentare un vantaggio rispetto all'utilizzo di un adulto che opera nell'ambito di azioni di prevenzione specifiche al gruppo target. Questo può essere molto importante nel caso in cui il progetto sia rivolto a giovani emarginati o estranei ai percorsi principali. Ne sono esempio gli interventi nell'ambito dei quali i giovani educatori si recano in quartieri ove vivono gruppi etnici non autoctoni per tenere conferenze o presentazioni in ambiente formale (p.es. centri giovanili) o dialogano in modo informale con altri giovani: p.es. bar gay, discoteche o lungo le strade. Questo approccio è specifico per il gruppo target cui è mirata l'attività di prevenzione nel senso che con esso si vogliono raggiungere i giovani che non condividono né comprendono l'importanza dei messaggi preventivi forniti attraverso i percorsi principali o per i quali è comunque necessario un intervento speciale in quanto essi sono particolarmente vulnerabili al contagio da HIV.

#### *Approccio riferito alla popolazione in generale*

Questo approccio si avvale di peer educator che appartengono alla medesima classe sociale del gruppo target. Esso si basa sulla comunicazione informale tra pari e sulle influenze sociali esterne per creare le giuste condizioni per il dialogo. Questo approccio si avvale delle reti sociali e dei canali di comunicazione esistenti per diffondere il cambiamento o l'innovazione attraverso il gruppo. Sono previste discussioni spontanee fra i giovani ed interventi attuati dai peer educator in un ambiente informale. Le possibili attività sono recite e sketch, distribuzione di profilattici, programmi radiofonici, Giornate mondiali contro l'AIDS, proiezioni cinematografiche e concerti musicali, chioschi informativi o attività di gruppo nel corso di manifestazioni locali (sagre, fiere, ecc.).

Questo approccio si differenzia dall'approccio pedagogico e dall'approccio specifico per il gruppo target cui è rivolto l'intervento in quanto ha lo scopo di esercitare un'influenza diretta su opinioni, credenze e norme sociali percepite collegate a comportamenti a rischio e a stili di vita. Per ottenere la massima efficacia nell'utilizzo di questo approccio è necessario che il gruppo target partecipi direttamente attività del progetto ad esempio tramite dibattiti nell'ambito di focus group. Il coinvolgimento di noti opinion-leader, che possono godere di ampie reti sociali, può amplificare quantitativamente e qualitativamente l'effetto ottenuto. Se il gruppo target è ampio e variamente costituito può essere utile ricorrere a peer educator che rappresentano i vari sottogruppi. Se il gruppo target riuscirà ad 'impossessarsi' del progetto e i peer educator saranno chiaramente identificabili il progetto ne trarrà indubbi vantaggi.

#### *Mobilizzazione della comunità locale grazie alle iniziative dei peer educator*

La comunità locale dell'area di intervento del progetto è alla base di questo approccio che implica una forte coalizione fra le organizzazioni locali, gli opinion-leader, gli operatori sanitari ed i giovani della comunità locale. In questo caso il termine 'comunità' indica le comunità geografiche, etniche, scolastiche, religiose, gay, ecc. Questo approccio è ispirato agli ideali di promozione della salute e prevede la mobilitazione della comunità locale per affrontare le problematiche della salute attraverso il coinvolgimento e con l'appoggio del maggior numero di settori possibile. In alcune comunità è possibile attuare il progetto di Peer education mirato alla prevenzione dell'AIDS solo a condizione che l'intera comunità fornisca il proprio appoggio al progetto poiché si tratta di un argomento 'sensibile'.

In generale questo approccio prevede che i giovani peer educator siano direttamente responsabili dello sviluppo e dell'attuazione degli interventi. Essi agiscono come 'rappresentanti' della comunità più che da attori di un singolo progetto o istituzione. Questi progetti hanno inizialmente la forma di progetti pilota e si trasmettono solo successivamente ad altri contesti. I giovani che frequentano le medie superiori ed giovani impegnati nell'associazionismo possono successivamente assumere la responsabilità del progetto.

Spesso questi progetti applicano in combinazione le metodologie tipiche degli approcci educativo, specifico e generale descritti in precedenza.

### **c La predisposizione delle metodologie di valutazione**

Come indicato in precedenza, si tratta di un processo che consiste nella valutazione sistematica dei risultati ottenuti nel corso o alla conclusione del progetto, ne valuta le modalità di attuazione e fornisce elementi utili per la definizione di interventi futuri in cui si utilizza la Peer education. I responsabili politici ed i finanziatori spesso richiedono che venga effettuata la valutazione di un progetto. A volte può essere necessario ricorrere ad un consulente esterno.

Il Capitolo 5 illustra i problemi del processo di valutazione e delinea tre possibili approcci: il modello metodologico dell'operatore sanitario 'riflessivo', il modello metodologico basato sugli obiettivi ed il modello metodologico comparativo o sperimentale. In breve, il modello dell'operatore sanitario 'riflessivo' è una metodologia sistematica che consente di apprendere dall'esperienza. Per valutare gli obiettivi raggiunti è necessario raccogliere dati durante le varie fasi del progetto, utilizzando metodi quantitativi e qualitativi quali questionari o interviste. Nella valutazione di tipo comparativo si confrontano gli atteggiamenti e le conoscenze del gruppo target di giovani con quelle di un gruppo dalle caratteristiche simili che non è stato coinvolto nel progetto.

## **3 Avvio del progetto**

### **a Creazione della coalizione di progetto**

La creazione della coalizione è una fase fondamentale di ogni progetto: la scelta delle modalità per costituire la coalizione dipende dalle caratteristiche dell'organismo che avvia il progetto, dall'ambiente operativo, la composizione e le caratteristiche del gruppo target e dall'approccio utilizzato.

La coalizione viene costituita nel momento in cui si comunica ad un futuro collaboratore che è in programma l'attuazione di un progetto. I collaboratori ad un progetto potrebbero essere molto numerosi e pertanto il coordinatore del progetto dovrà mantenere vivo il loro interesse, coinvolgimento e cooperazione.

Il pedagogo brasiliano Paulo Freire descrive l'approccio a suo avviso più adeguato che un collaboratore esterno deve saper utilizzare quando si avviano nuovi progetti nelle diverse comunità: egli opera una distinzione tra 'invasione culturale' e 'sintesi culturale'. Nell'invasione culturale l'operatore esterno agisce ed impone i propri valori e le proprie ideologie. Il suo punto di partenza è il 'suo' mondo ed egli effettua un'invasione nel mondo altrui. La sintesi culturale secondo Freire si attua come segue: 'La persona non opera per insegnare, trasmettere o dare nulla; essa desidera invece apprendere, grazie alle persone, come è fatto il loro mondo'.

## b Lo sviluppo di un piano d'azione

Una volta completate le fasi precedenti e reperiti i fondi necessari si procede alla definizione del piano d'azione. Il piano d'azione è semplicemente un metodo pratico per elaborare le fasi di attuazione di un progetto. Esso delinea gli scopi e gli obiettivi, la strategia di comunicazione per mantenere il coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'ambito del progetto, la strategia di attuazione, un calendario realistico che possa essere rispettato e descrive il ruolo che ciascuno deve assumere. I piani d'azione non sono di natura statica in quanto prendono in considerazione i processi analizzati in precedenza ed il fattore tempo. Quando si deve attuare un nuovo progetto ed i giovani non sono ancora stati completamente coinvolti, il piano d'azione avrà natura provvisoria. Quando successivamente saranno stati coinvolti i peer educator essi dovranno essere messi nelle condizioni di poter modificare il piano d'azione come necessario.

Una delle prime questioni da affrontare riguarda il potere decisionale ed il controllo che i peer educator potranno esercitare. Essi infatti potranno semplicemente leggere un 'copione' preordinato nel corso di riunioni oppure potranno avere un ruolo più attivo e diretto, come ad esempio intervenire nel processo di formazione, nell'attuazione del progetto e nella fase di valutazione. Ovviamente il grado di controllo ed il ruolo da essi assunto dipenderà dalla loro età e maturità. Nelle prime fasi del progetto potrebbe essere necessario un maggiore controllo da parte degli adulti, che potrebbe progressivamente venire meno fino alla completa autonomia dei peer educator. E' tuttavia assai raro che le attività di Peer education vengano completamente delegate ai peer educator senza sostegno alcuno da parte degli adulti.

Nei progetti di Peer education è particolarmente importante che il piano d'azione sia flessibile e le attività condotte devono essere molteplici e diversificate. All'inizio del progetto sarà necessario dedicare molto tempo alla valutazione dei giovani, coinvolgendoli attivamente e creando lo spirito di 'colazione' nel progetto. Successivamente il progetto dovrà essere sviluppato in modo concreto, con la formazione dei peer educator per metterli nelle condizioni di iniziare a lavorare. Nella fase di attuazione sono previste semplici attività di routine, con interventi di sostegno di peer educator ed il consolidamento della coalizione. Qualora sia prevista la fase di valutazione, essa dovrà essere inserita nel calendario ed indicata chiaramente nel piano d'azione.

L'esigenza di flessibilità nasce dal fatto che il lavoro viene condotto in collaborazione con giovani dinamici che hanno molti e diversi interessi e potrebbero decidere di abbandonare il progetto. Anche le persone chiave per il progetto e gli intermediari potrebbero avere dei ripensamenti, ed i responsabili politici potrebbero decidere di modificare le proprie priorità.

In generale, consigliamo a coloro che avviano per la prima volta progetti di Peer education di iniziare con progetti di piccola portata e non tentare di raggiungere dei risultati in modo affrettato. La Peer education è un processo che può essere rivisto e pertanto può essere ripensato e modificato periodicamente con la definizione di nuovi interventi ove necessario.

## c Il reclutamento dei peer educator

Il reclutamento dei peer educator è forse la fase più difficile quando si avvia un nuovo progetto. Vi sono tre fattori principali su cui riflettere al momento del reclutamento dei peer educator:

- 1 essi devono essere accettati al gruppo target
- 2 devono avere una personalità che ben si adatta al processo di formazione cui parteciperanno ed al lavoro che dovranno effettuare
- 3 dovranno essere adeguatamente motivati o incentivati ad essere coinvolti nel progetto e a rimanerne parte attiva.

### *Essere accettati al gruppo target*

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'.

Il vantaggio dell'utilizzo di un 'opinionista nato' dipende dall'approccio prescelto. Se il progetto si basa principalmente sull'effetto di diffusione dei risultati attraverso le reti sociali, è molto più probabile che gli opinionisti nati siano in grado di diffondere le informazioni ed il cambiamento molto più di altri membri del gruppo target.

### *Caratteristiche personali*

Tutti concordano sulla necessità che il peer educator sia un opinion-leader ma oltre a questo non vi è accordo nei vari paesi europei sulle altre caratteristiche che esso deve possedere per poter essere un valido collaboratore del progetto. Nel corso delle interviste sono spesso state sottolineate le caratteristiche seguenti:

- capacità d'innovazione e di affermazione delle proprie idee
- mentalità innovativa ed apertura nei confronti del cambiamento
- capacità di lavorare in un gruppo e di esserne parte integrante
- interesse per l'argomento e gli scopi del progetto, e per le specifiche modalità di intervento (p.es. produzione di video, attività teatrali, ecc.)

Le opinioni e gli atteggiamenti del gruppo target nei confronti dei peer educator sono un fattore cruciale: questo è un punto chiave da non trascurare nella fase di reclutamento. Dal momento che la Peer education è fortemente incentrata sullo sviluppo autonomo degli educatori stessi, è possibile sviluppare e potenziare molte di queste caratteristiche. Se coloro che sono stati reclutati non sono adatti al progetto o perdono interesse in esso, essi devono potersi ritirare senza sensi di colpa o vergogna.

### *Motivazioni e stimoli*

L'esperienza ha dimostrato che i peer educator che portano a conclusione un progetto spesso vi partecipano per ragioni altruistiche e desiderano informare i loro coetanei su problematiche che riguardano l'HIV ed altre questioni relative alla salute. La Peer education può offrire loro l'opportunità di sviluppare abilità sociali od altre abilità specifiche nel dialogo con i media, nel parlare in pubblico e recitare. Quando il progetto è stato avviato, l'esistenza di un rapporto di amicizia fra i peer educator ed i loro rapporti ed attività sociali costituiranno un importante stimolo. In alcuni progetti essere un peer educator contribuisce ad aumentare il proprio status e popolarità.

Sono possibili diversi tipi di incentivi. Gli alunni possono ad esempio guadagnare crediti formativi per il loro operato oppure è ad esempio possibile offrire ai giovani di entrare a far parte di associazioni giovanili senza pagare alcuna quota associativa. Inoltre nel corso del progetto possono essere organizzate gite ed escursioni. I finanziatori locali possono rivelarsi molto utili a questo proposito. Gli adulti impegnati in un progetto sono molto importanti. Nelle interviste effettuate con i progetti in corso, i peer educator hanno giudicato gli adulti che operavano nel progetto come persone credibili, affidabili, 'persone come loro' cui potevano rivolgersi per chiedere aiuto o consigli. Il rapporto tra intermediari e peer educator è molto importante e deve essere improntato alla collaborazione.

Si è accertato che spesso coloro che decidono di ritirarsi abbandonano il progetto perché si aspettavano di dover svolgere un ruolo passivo, erano convinti che potesse essere un'occasione di divertimento o speravano di avere una scusa per non partecipare alle lezioni in aula. Al momento del reclutamento spiegate chiaramente ai peer educator in che cosa consiste il progetto e quali saranno i loro compiti. Essere un peer educator richiede impegno in quanto è necessario dedicare tempo alla formazione, alle sessioni di supervisione ed alle varie attività del progetto.

Al momento del reclutamento iniziale nella maggior parte dei progetti si tenta di reclutare ragazzi e ragazze in uguale proporzione ma generalmente la percentuale di ragazzi che abbandona il progetto è maggiore rispetto alle coetanee di sesso femminile. Questo è dovuto al fatto che generalmente le ragazze sono più mature dei loro coetanei maschi ed inoltre esse sono generalmente più disponibili a discutere di rapporti interpersonali, sentimenti, amore, sessualità ed HIV. Sarà quindi necessario provvedere a stimolare l'interesse dei ragazzi ed individuare un ruolo a loro consono nell'ambito del progetto.

Il successo di un progetto di Peer education dipende generalmente dalla creazione di un ambiente piacevole ed informale, nel quale sia possibile gestire il proprio sviluppo in prima persona, con il ricorso a tecniche di apprendimento interessanti e divertenti e nel quale gli adulti siano in grado di fornire sostegno sviluppando un rapporto di empatia con i giovani educatori.

### *Utilizzo di incentivi monetari*

L'utilizzo di incentivi monetari è un argomento controverso fra coloro che operano nell'ambito della Peer education. Alcuni ritengono che la 'vera' Peer education dovrebbe essere condotta nell'ambito del volontariato di base e non dovrebbe pertanto prevedere alcuna forma di compenso monetario. Altri ritengono invece che la Peer education supplisca per certi versi ad un compito che compete al settore pubblico e istituzionale e dovrebbe quindi dare origine, in virtù di questa funzione sostitutiva, ad un compenso monetario. Entrambe queste scuole di pensiero mirano comunque a fare sì che i peer educator si sentano a proprio agio.

I coordinatori di progetto intervistati che hanno espresso parere favorevole all'utilizzo di un compenso monetario adottano questa posizione perché ritenevano che i peer educator:

- avevano presentato ai gruppi (scolaresche) un pacchetto progettuale definito dagli adulti in un numero limitato di occasioni o
- avevano presentato relazioni innanzi a gruppi di giovani che vivevano in zone lontane dalla loro residenza e tali progetti utilizzavano rigorosamente l'approccio pedagogico e specifico al gruppo in oggetto alle attività di prevenzione: le relazioni avrebbero potuto comunque essere presentate dagli esperti adulti. I coordinatori ed i responsabili di progetto ritenevano che negare un compenso ai giovani avrebbe significato 'approfittare' della loro disponibilità. E' risultato evidente dalle interviste con i peer educator che comunque il compenso non era l'unico motivo che li spingeva a tenere relazioni in pubblico.

Dal momento che in queste circostanze la Peer education è un compito difficile che richiede tempo ed impegno ed implica la presentazione di materiale definito dagli adulti, è difficile pensare che un compenso possa essere moralmente inaccettabile. Per contro, se il compenso viene utilizzato sistematicamente e rischia di distorcere le motivazioni e la buona volontà dei giovani, allora è doveroso porsi il problema del rischio di 'sfruttare' gli educatori.

Non è consigliabile prevedere l'utilizzo di incentivi monetari per i peer educator quando si utilizza l'approccio incentrato sulla mobilitazione delle comunità o l'approccio rivolto alla popolazione in generale poiché in questo modo si svilirebbe sin dall'inizio l'idea di insegnare ai singoli l'importanza del concetto di autogestione e responsabilizzazione. Inoltre, l'impatto positivo di questi approcci dipende dalla capacità di diffondere il cambiamento nelle regole e stili di vita attraverso reti informali e pertanto un educatore 'prezzolato' sarebbe meno efficace.

## **d La preparazione alla formazione**

La preparazione dei peer educator sarà descritta in dettaglio nel prossimo capitolo e verrà in questa sede solo brevemente descritta per delinearne il ruolo nell'ambito della pianificazione. Le attività di formazione previste dal progetto generalmente iniziano con sessioni intensive di formazione, ad esempio con corsi intensivi nel fine settimana. Successivamente si organizzano incontri più brevi su questioni ed abilità specifiche, con sessioni dedicate al sostegno ed allo sviluppo personale con la presenza dei supervisori, ed attività sociali. Lo scopo delle varie componenti formative consiste sia nel formare i peer educator che aiutarli a diventare un gruppo molto unito.

I peer educator avranno modo di comprendere di essere, ciascuno per gli altri, un importante elemento di sostegno psicologico che contribuisce anche alla crescita personale dei coetanei attraverso un processo di interscambio personale. Sarà importante un continuo coinvolgimento degli adulti in modo che tali rapporti non sfocino in conflitti ma piuttosto contribuiscano a migliorare le abilità sociali degli interessati. E' consigliabile che il programma di formazione inizi con un corso residenziale nel fine settimana. Raccomandiamo inoltre il ricorso a formatori ben preparati a questo tipo di incontri e che abbiano un'esperienza di lavoro con i giovani nel campo della sessualità e dell'abuso di droghe.

In generale, il contenuto dei programmi di formazione dei peer educator può essere diviso in quattro categorie.

### *Conoscenza*

I giovani devono essere messi nelle condizioni di comprendere a fondo l'argomento trattato (p.es. HIV/AIDS e sessualità). I peer educator saranno chiamati a rispondere ad alcune domande e verranno coinvolti in dibattiti nei quali non si utilizzerà necessariamente il metodo domanda-risposta. I giovani dovranno essere correttamente informati per poter correggere miti e informazioni sbagliate, intervenendo sui processi logici che possono avere condotto ad una visione distorta del problema. Dopo la formazione di base i peer educator dovranno essere regolarmente aggiornati ed avere la possibilità di consultare gli esperti (p.es. consulenti di area medica) che risponderanno ad eventuali domande quando necessario.

### *Abilità comunicative*

In questo caso è necessario prevedere la formazione dei giovani in una serie di abilità specifiche: capacità di affermare le proprie opinioni, imparare ad ottenere un feed-back, rafforzamento dell'autostima. I giovani

dovranno imparare a conoscere e ad usare con spontaneità il linguaggio che riguarda l'HIV, la sessualità e l'uso delle droghe. Dal momento che i peer educator dovranno presentare relazioni innanzi a gruppi di coetanei, essi dovranno imparare a moderare dibattiti di gruppo e a gestire con decisione domande personali, atteggiamenti derisori e sappiano come intervenire in situazioni di disordine.

#### *Crescita personale*

Questo tipo di intervento formativo ha lo scopo di fornire delucidazioni sulle questioni relative alla sessualità, il genere, i rapporti interpersonali, l'orientamento sessuale, l'uso di droghe e l'HIV/AIDS. Si consiglia di affrontare anche la questione delle differenze interpersonali, che devono essere comprese e rispettate, ivi comprese le dinamiche che portano al pregiudizio ed alla discriminazione. Lo scopo principale di questo intervento consiste nel consentire ai giovani di comprendere meglio se stessi ed i rapporti interpersonali, come pure di migliorare le proprie abilità relazionali.

### e La preparazione degli interventi di sostegno

Gli operatori coinvolti nel progetto e gli intermediari saranno chiamati a fornire il necessario sostegno nel corso degli incontri di supervisione ed ogni volta che ciò si renda necessario. E' importante sottolineare che vi sono dei limiti a quanto i giovani possono fare in modo indipendente nell'ambito del progetto, e che tutto dipende anche dalla loro età. Nonostante l'entusiasmo, i giovani non dovrebbero essere sovraccaricati di responsabilità e ruoli che competono agli adulti.

In breve, gli interventi di sostegno dovranno prevedere:

- regolari incontri di supervisione, la cui frequenza dipenderà dall'età e dal grado di maturità dei giovani. Nel corso di queste sessioni i peer educator saranno aiutati a definire e pianificare i loro interventi, potranno partecipare ad ulteriori momenti formativi e di sviluppo delle abilità personali ed impareranno a risolvere eventuali conflitti e differenze d'opinione.
- sostegno tecnico in forma di informazioni, sviluppo di abilità, domande e risposte, aiuto nell'organizzazione di presentazioni ed attività in presenza di un pubblico e questioni relative ai finanziamenti per l'attuazione di interventi e l'acquisto di attrezzature
- sostegno sociale e della comunità per mantenere rapporti e contatti con i collaboratori del progetto e con altri progetti di Peer education, sostegno nelle attività negoziali con gli adulti, aiuto nel risolvere problemi che potrebbero emergere con gli intermediari, le persone chiave ed i genitori.
- assistenza personale in forma di sostegno psicologico quando richiesto sia relativamente alle attività del progetto che per questioni personali, mantenimento di un clima positivo nel gruppo di peer educator e sostegno nei casi in cui vi sia una crisi personale o nel gruppo.

### f Il coordinatore del progetto

Il coordinatore si occuperà della coordinazione del piano d'azione e sarà chiamato a delineare la natura e le caratteristiche del progetto stesso. Egli dovrà creare e curare i rapporti con i responsabili politici, gli amministratori, gli intermediari, i professionisti di area medica e delle scienze sociali, i genitori, i peer educator ed il gruppo target. Nella fase di pianificazione sarà importante individuare la persona più adatta a questo incarico. Si tratterà di persona esperta o che ha una specifica formazione in questo campo, conoscerà a fondo le problematiche, sarà flessibile, aperta e godrà del pieno sostegno della propria istituzione di provenienza. Dal momento che il coordinatore si troverà spesso ad operare 'sul campo' è importante che sia fatto il possibile per evitare che egli si trovi isolato o che si creino dei conflitti di interesse.

Inoltre, il coordinatore si occuperà della supervisione dei momenti formativi dei peer educator e dovrà mantenere regolari contatti con i giovani per verificare l'eventuale necessità di un intervento di sostegno. Il coordinatore dovrà avere esperienza di collaborazione con i giovani, gli risulterà gradito lavorare con loro, ne comprenderà lo spirito e dovrà provare un senso di responsabilità nei loro confronti per poterli aiutare e sostenere nel processo di crescita personale. Il ruolo del coordinatore nella Peer education è spesso trascurato dalla letteratura scientifica ma egli è fondamentale per la buona riuscita del progetto e per la soddisfazione dei peer educator. Non tutti sono in grado di svolgere un simile ruolo.

# Formazione ed attuazione

## Questo capitolo

La valutazione, pianificazione e la fase di avvio del progetto sono state completate – ed ora è giunto il momento di iniziare il lavoro progettuale senza ulteriori indugi. In questo capitolo verranno presentate le Linee guida generali relative ad una serie di approcci della Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS.

## Autodeterminazione ed autogestione dei peer educator

I peer educator dovranno essere posti nelle condizioni di intervenire sui contenuti e sullo svolgimento del progetto sin dalla fase di reclutamento. 'Autodeterminazione' non significa, in questo contesto, che i peer educator possono esercitare un completo controllo sul progetto: in questo caso si intende che essi devono imparare ad 'autogestirsi'<sup>1</sup> grazie all'intervento degli operatori sanitari coinvolti nel progetto. Questo processo dovrebbe servire a potenziare le abilità decisionali, l'autostima, le motivazioni e la capacità di controllo delle diverse responsabilità progettuali dei peer educator. In questo approccio è necessario che gli operatori sanitari considerino ogni giovane come un individuo unico nel suo genere, una persona che dispone di una valida esperienza a prescindere dalla sua età. In questa fase del progetto gli operatori sanitari creeranno e consolideranno il rapporto con i peer educator e avranno la funzione di insegnanti, consulenti, mentori e saranno un punto di riferimento cui i giovani possono rivolgersi.

Tutti giovani, a prescindere dall'età, dispongono di una valida esperienza che possono condividere con gli altri; tuttavia non sempre i giovani sono consci delle proprie conoscenze o sanno capire che vi sono nuove cose da imparare. Lavorare con i peer educator significa validare la loro esperienza e stimolare il loro desiderio di imparare. Per fare questo è necessario creare un clima di sostegno che stimoli le domande, il dibattito e la riflessione personale. Gli operatori sanitari dovranno evitare di proporre soluzioni già definite. Essi dovranno piuttosto indicare una serie di possibili soluzioni in modo da consentire ai peer educator di scegliere autonomamente.

Gli interventi che hanno lo scopo di stimolare i giovani ad autogestire i processi in corso, ed i particolare le occasioni di apprendimento, i dibattiti e quanto fatto per conseguire gli obiettivi del progetto in collaborazione con gli altri membri del gruppo serve a potenziare le abilità dei peer educator che imparano a sviluppare il senso critico e ad essere fiduciosi nelle proprie capacità di indurre reali e positivi cambiamenti. Dal punto di vista del gruppo target imparare a fornire informazioni in modo coerente ai propri valori,

bisogni o stili di vita, rallentando nel contempo la diffusione dell'HIV grazie ad un intervento nel cuore del territorio potrebbe essere un'occasione di arricchimento e crescita personale.

## Formazione

La formazione dei peer educator ha lo scopo di dotare i giovani di un patrimonio di conoscenze, strumenti per comprendere quanto accade, abilità personali e di stimolare le motivazioni a svolgere un'attività di prevenzione. Gli operatori sanitari e i formatori dovranno incontrare i peer educator reclutati prima dell'inizio degli interventi formativi affinché i giovani possano fornire il proprio contributo personale al programma e possano sentirsi parte attiva del progetto sin dall'inizio. Nel corso di questo incontro sarà presentato il progetto, i suoi obiettivi ed una descrizione della natura della metodologia della Peer education. Si parlerà di HIV e prevenzione, con dimostrazioni tramite giochi ed esercizi interattivi, discussioni di gruppo e brainstorming. Durante l'incontro dovrà essere spiegato chiaramente ai peer educator qual'è l'impegno loro richiesto, senza trascurare i tempi che essi dovranno dedicare al progetto. Se è la prima volta che un progetto di questo tipo viene attuato in una certa zona, sarà possibile invitare all'incontro i peer educator che si occupano di un progetto simile in un'altra zona.

Questo capitolo fornisce solamente un profilo generale della formazione dei peer educator e pertanto si consiglia al lettore di consultare i manuali sulla formazione pubblicati da altri autori. I titoli sono disponibili nella bibliografia di riferimento di Europeer oppure è possibile contattare i responsabili di altri progetti già avviati. La maggior parte dei manuali di formazione è in lingua inglese e pertanto potrebbe essere necessaria la collaborazione di un traduttore e l'adattamento a contesti culturali diversi.

In sintesi, i programmi di formazione dovranno comprendere i seguenti elementi:

- 1 incontri di preparazione e brainstorming come in precedenza indicato
- 2 lezioni formali sull'HIV e problematiche correlate
- 3 sviluppo della persona e problematiche culturali
- 4 formazione in abilità specifiche
- 5 sostegno continuo, formazione ed assistenza integrative

### 1 Il programma di formazione

Raccomandiamo che il programma di formazione inizi con un corso residenziale nel fine settimana per consentire ai peer educator di conoscersi ed iniziare a lavorare con gli addetti al progetto. Il corso del fine settimana non dovrà essere strutturato troppo rigidamente, ma dovrà invece consentire ai giovani di disporre di tempo sufficiente e di un'atmosfera adeguata a condividere esperienze e a parlare tra di loro. I progetti europei attuati nel passato ed i relativi programmi di formazione spesso hanno previsto quanto segue nel corso di formazione residenziale:

- esercizi di 'riscaldamento' per rompere il ghiaccio
- brainstorming e discussioni di gruppo
- role-playing e giochi interattivi
- conferenze e presentazioni
- sessioni di domande e risposte per consentire ai giovani di esprimere le proprie opinioni.

In questi progetti si era data grande importanza agli esercizi di apprendimento interattivo, con ampio spazio per il feed-back ed i dibattiti.

### 2 La componente informativa

Il tipo e la quantità di informazioni fornite ai giovani in questa componente del percorso formativo dipendono dagli obiettivi e dall'approccio del progetto. Per i progetti che trattano della promozione della salute in generale la formazione può riguardare una serie di aspetti come l'HIV, l'uso di alcool od il tabagismo, la guida sicura, l'alimentazione e la prevenzione di altre patologie. In progetti di questo tipo, i giovani che partecipano al corso di formazione vengono definiti 'promotori della salute' e non più peer educator.

I progetti relativi all'educazione sessuale prevedono corsi di formazione sulla sessualità, i rapporti sessuali in generale ed i rapporti sessuali sicuri, la riproduzione, i contraccettivi, i ruoli di genere, le diverse

problematiche relative alla sessualità, la crescita e lo sviluppo sessuale, ecc. La formazione nell'ambito di progetti che riguardano la prevenzione del contagio da HIV correlato all'uso di droghe prevederà l'informazione sulle varie droghe ed il loro uso.

Oltre allo sviluppo delle conoscenze sull'HIV, i programmi di formazione dovranno prevedere corsi di informazione sulle varie malattie sessualmente trasmissibili (MST), la loro prevalenza, i sintomi, i rischi e le terapie.

I problemi e le preoccupazioni dei giovani non dovranno mai essere trascurati. Si inizierà dalle esperienze giovanili relative all'età di appartenenza e dalle conoscenze già acquisite, ribadendo i concetti come necessario affinché vi sia la massima chiarezza, non si creino miti e vengano corrette le informazioni sbagliate. Infine sarà importante evitare di sovraccaricare i giovani di informazioni e soprattutto non bisogna pretendere che essi possano acquisire competenze che esulano dalle loro capacità.

I corsi di formazione che riguardano specificamente HIV ed AIDS dovrebbero riguardare i seguenti argomenti:

- storia dell'epidemia
- epidemiologia dell'infezione, a livello locale e mondiale
- aspetti virologici e modalità di trasmissione
- comportamenti che portano alla trasmissione dell'infezione e relativi rischi
- conoscenza e comprensione dello sviluppo clinico nel passaggio da sieropositività ad AIDS conclamato e relative terapie
- esami per accertare la sieropositività e relative problematiche
- filosofia dell'assistenza a sieropositivi e malati di AIDS
- problemi sociali sollevati dall'HIV
- problemi legali e normativi
- metodi di prevenzione
- informazioni di base sulla sessualità, in modo coerente all'età dei giovani ed alla luce della precedente educazione sessuale
- droghe e loro uso

Poiché i peer educator saranno chiamati a fornire informazioni e a rispondere alle domande dei loro coetanei, essi dovranno possedere le conoscenze necessarie e dovranno potersi sentire a proprio agio nel ruolo di esperti fra pari. L'uso di giochi interattivi, sessioni di role-playing e feed-back potranno aiutare i giovani ad affinare la proprie abilità a parlare innanzi ad un pubblico.

### 3 Crescita personale e questioni culturali

L'HIV, l'AIDS e le problematiche relative alla trasmissione dell'infezione coinvolgono direttamente i valori personali e culturali. I problemi relativi all'HIV possono andare a toccare gli aspetti più intimi e le più profonde preoccupazioni personali. E' sufficiente pensare alle paure irrazionali o alla discriminazione nei confronti dei sieropositivi. Inoltre, i problemi relativi ai rischi sessuali vanno a toccare problemi personali e culturali che riguardano i rapporti interpersonali, la sessualità, la fede religiosa, i ruoli di genere, le problematiche della sessualità e la famiglia.

In questa fase formativa andranno analizzati ed affrontati tutti questi aspetti. Vi saranno moltissime differenze negli atteggiamenti e credenze dei membri dei vari gruppi target ed è pertanto importante che i peer educator acquisiscano le conoscenze necessarie e sappiano rispettare le diversità valoriali, di stile di vita e le diverse credenze dei loro coetanei. Nei progetti esaminati non è raro riscontrare che i peer educator abbiano lavorato in armonia con chi non condivideva le loro opinioni.

Il rispetto delle differenze si ottiene attraverso il dibattito e gli esercizi interattivi, ove i peer educator possono apprendere reciprocamente dalle esperienze altrui. E' importante indicare con chiarezza che nessuno deve sentirsi obbligato a condividere le opinioni o a prendere parte ad esercizi quando non lo desidera. Questo non solo è eticamente corretto ma insegna anche a rispettare le opinioni altrui. Un'altra regola fondamentale è la riservatezza su quanto viene detto nel corso della formazione, in particolare per quanto riguarda le conversazioni private tra peer educator e gli altri giovani che essi incontreranno nel corso dei successivi interventi, ad eccezione dei casi in cui sia necessario ricorrere agli addetti al progetto per ottenere sostegno e consulenza. I giovani educatori dovranno imparare ad adottare questo atteggiamento eticamente corretto e saper mantenere la riservatezza su quanto avranno udito anche dopo aver concluso o abbandonato il progetto.

L'obiettivo di questa componente formativa consiste nel aiutare i peer educator a meglio comprendere se stessi, il loro lavoro e quello degli altri. Tutto questo viene condotto in modo da attivare le abilità di autogestione ed aiutare i giovani a divenire più forti e motivati nel loro ruolo di peer educator. Si fornisce di seguito un elenco di potenziali argomenti da includere nel percorso formativo.

#### *Salute e promozione*

Questo argomento viene spesso trattato nell'ambito dei progetti di promozione della salute in generale e consente di comprendere aspetti relativi alla salute fisica, psicologica e sociale e come sia possibile difenderla e conservarla. Questa componente formativa riguarda argomenti come la salute personale e come trasmettere tutto questo agli altri.

#### *I valori*

I giovani attraversano un periodo della loro vita in cui acquisiscono esperienza e sviluppano idee personali sulla sessualità ed i rapporti interpersonali. Gli atteggiamenti e le credenze relative alla sessualità, ai rapporti interpersonali e all'uso di droghe impongono una più attenta riflessione. Il formatore deve essere conscio che molti peer educator (ed il gruppo target) probabilmente non hanno mai avuto dei rapporti sessuali e non intendono averne per il momento e deve saperli rispettare per questo.

I sieropositivi sono stati oggetti di atteggiamenti discriminatori di vario tipo in quasi tutte le società e tale fatto deve essere attentamente analizzato.

In breve, per poter insegnare ai propri coetanei i peer educator dovranno innanzitutto comprendere che vi è una differenza tra le loro intime credenze personali ed i dati oggettivi e reali.

#### *Genere*

La questione del genere e dei ruoli di genere dovrà essere analizzata in un contesto personale e culturale. E' necessario che i giovani imparino a conoscere meglio la natura del proprio genere e di quello degli altri grazie alla divulgazione di corrette informazioni e tramite appositi esercizi. I miti e la disinformazione sulle differenze nella sessualità ed identità di genere sono spesso all'origine di barriere alla comunicazione, un ostacolo che spesso porta a rapporti sessuali non protetti.

#### *Sessualità*

Questo complesso argomento meriterebbe un capitolo apposito ma, per questioni di spazio, preferiamo rinviare il lettore alla letteratura di riferimento e a consultare gli esperti locali per ottenere informazioni più dettagliate. Sono disponibili numerosi manuali sull'educazione sessuale, che potranno a volte richiedere la traduzione linguistica e l'adattamento culturale.

Il contenuto di questo intervento formativo varierà moltissimo a seconda della locale cultura, credenze religiose, legislazione, opinioni della coalizione di progetto ed età dei peer educator. Gli argomenti trattati nei corsi di educazione sessuale possono riguardare i rapporti sessuali, la riproduzione, la contraccezione, i ruoli e le identità di genere, le problematiche sessuali, le disfunzioni sessuali, la prostituzione, ecc.

Lo scopo dei programmi di più ampio respiro è quello di sviluppare le necessarie conoscenze, gli strumenti di comprensione e le abilità che consentono di attuare stili di vita sani ed adottare le decisioni corrette in proposito. Per fare questo è necessario che i giovani comprendano la sessualità ed i comportamenti sicuri. Dal momento che la Peer education implica il lavoro con i coetanei, gli educatori dovranno imparare a conoscere il linguaggio della sessualità, ivi compreso il linguaggio di tutti i giorni e quello colloquiale e le relative credenze sbagliate. E' importante stabilire alcune regole su come condurre i dibattiti, che saranno condotti con un atteggiamento di apertura nei confronti degli altri e saranno improntati alla riservatezza.

#### *I sieropositivi*

I peer educator dovranno imparare a comprendere la condizione dei sieropositivi ed essere consci dei pregiudizi e della discriminazione cui essi possono essere oggetto. I peer educator dovranno inoltre imparare a considerare i sieropositivi ed i malati di AIDS come esseri umani e non come stereotipi. Lo scopo è quello di sostituire le paure, le incertezze, i pregiudizi ed i miti con informazioni fondate ed indurre una presa di coscienza.

#### *Droghe e loro uso*

I giovani si trovano quotidianamente ad affrontare i problemi relativi alle droghe ed al loro uso. L'uso di droga contribuisce a diffondere l'epidemia dell'HIV ed in alcuni paesi europei la condivisione di siringhe contaminate dall'HIV costituisce la principale via di trasmissione. Questo argomento rappresenta quindi una parte importante del processo di formazione.

### *Orientamento sessuale*

Questa componente ha lo scopo di sensibilizzare i giovani sulle problematiche della sessualità ivi compresi l'omosessualità, il lesbismo e la bisessualità. Questo argomento deve essere integrato con le precedenti componenti formative ma deve essere oggetto di un corso separato. I miti, i pregiudizi e la disinformazione devono essere fatti emergere apertamente e vanno successivamente corretti.

### *Decisioni e rischi*

I peer educator dovranno comprendere chiaramente i processi che guidano le proprie ed altrui decisioni e che possono portare a comportamenti a rischio dal punto di vista della salute. Nel corso della formazione si esamineranno i processi decisionali personali per sviluppare una maggiore coscienza su come le pressioni da parte dei coetanei, le norme sociali ed i mass media influenzano le scelte personali. Le decisioni che possono portare ad atteggiamenti e comportamenti rischiosi sono spesso prese spontaneamente e sono basate su motivazioni complesse. I giovani a volte hanno una naturale tendenza ai comportamenti rischiosi. Sarà pertanto necessario che essi imparino ad avere fiducia in se stessi ed acquisiscano le abilità che consentono loro di tradurre intenzioni sane in corretti comportamenti nella pratica. Uno strumento formativo valido consiste nel immaginare di trovarsi in situazioni reali, ove è necessario prendere decisioni difficili, e successivamente riflettere su questo processo nell'ambito di discussioni di gruppo.

## 4 Sviluppo delle abilità

E' importante che i peer educator imparino a gestire il processo di crescita personale. Il tipo di abilità da sviluppare dipende dal modello progettuale e dal piano d'azione. L'utilizzo di tecniche di recitazione, la presentazione di una serie di conferenze (pacchetto), le conversazioni informali con altri giovani sull'HIV e l'utilizzo di vari strumenti mediatici sono esempi di questo tipo di intervento formativo. Nei progetti rivolti ai giovani più grandi, i peer educator dovranno inizialmente imparare a sviluppare una maggiore fiducia in se stessi e si concentreranno solo successivamente sullo sviluppo delle proprie abilità creative.

### *HIV e comportamenti a rischio*

Questo aspetto riguarda le abilità specifiche necessarie per evitare il contagio da HIV. La formazione può riguardare lo sviluppo di capacità decisionali e l'abilità di convincere il partner a praticare il sesso sicuro, il saper utilizzare correttamente il profilattico e l'uso corretto delle siringhe. I peer educator dovranno essere informati sui vari modelli di profilattici disponibili e su come utilizzarli. La formazione sull'uso del profilattico non sarà limitata agli aspetti tecnici e didattici ma dovrà fare leva sulle motivazioni personali, convincendo i giovani dell'importanza e dell'efficacia a fini preventivi di questo comportamento. In questo modo i peer educator impareranno a superare sensazioni di imbarazzo e ciò li aiuterà a prevedere le reazioni che potranno incontrare quando insegneranno queste cose ai loro coetanei.

### *Abilità comunicative*

I peer educator dovranno infine imparare a comunicare dei messaggi ad altri giovani, ad agire al cospetto di gruppi di coetanei ed a lavorare con un gruppo. Per fare questo sarà necessario che essi imparino a gestire atteggiamenti derisori, disordine e domande che riguardano la sfera intima. Essi apprenderanno queste abilità grazie al sostegno degli adulti ed al feed-back dagli altri peer educator. Nel progetto possono essere coinvolti specialisti di tecniche di recitazione, conferenzieri, esperti dei media e di educazione sessuale che possono dare un contributo al processo formativo.

## 5 Sostegno e assistenza

Dopo la formazione iniziale i peer educator dovranno intraprendere una nuova esperienza di apprendimento ed avranno bisogno di sostegno ed assistenza per attuare con successo gli interventi previsti dal progetto.

Raccomandiamo la costituzione di piccoli gruppi di supervisione che possano incontrarsi regolarmente. A tali incontri prenderanno attivamente parte adulti esperti nella Peer education o che comunque avranno una speciale formazione in questo ruolo (per esempio personale scolastico). Lo sviluppo personale dei peer educator ed i rapporti interpersonali nell'ambito del progetto e con gli intermediari richiedono una speciale attenzione.

E' possibile prevedere altre forme di assistenza. Sarà necessario indicare chiaramente ai peer educator ove rivolgersi per beneficiare dell'esperienza di formatori locali, intermediari e professionisti di area medica. Le attività di sostegno possono anche includere corsi di formazione integrativi, riunioni o altro grazie al sostegno dei finanziatori locali.

## Fase di attuazione

In questa fase le conoscenze, le abilità e le nozioni apprese dai peer educator nel corso delle attività di formazione vengono tradotte in attività pratiche. Gli esercizi effettuati nel percorso di formazione personale potranno essere riutilizzati in altre occasioni o sarà possibile sviluppare attività nuove ed originali. Nel corso dell'intero processo i peer educator agiranno quali agenti di cambiamento nei contatti informali con amici e coetanei.

Potrebbe succedere che quanto era stato pianificato nelle fasi iniziali del progetto risulti infattibile e pertanto sarà necessario modificare le aspettative creandone di nuove. Tutto questo costituisce parte integrante di un processo di adattamento continuo. In ogni caso, gli interventi attuativi non dovranno mai perdere di vista l'obiettivo della prevenzione dell'infezione da HIV. È fondamentale avere un atteggiamento flessibile e dimostrare disponibilità negoziale; è preferibile che i progetti seguano un'evoluzione spontanea piuttosto che si decida di dar loro un indirizzo troppo rigido.

## Approcci subordinati

Presentiamo di seguito alcuni esempi su come attuare i vari interventi programmatici utilizzando i quattro approcci subordinati descritti in precedenza. Diversamente, rinviamo il lettore alle esperienze locali ed alla letteratura di riferimento.

### *Approccio pedagogico*

Questo approccio può essere usato in modo indipendente o in congiunzione con altri programmi (p.es. educazione sessuale). Esso viene solitamente attuato in un ambiente formale, utilizzando una combinazione di presentazioni didattiche, video, diapositive, dibattiti con domande e risposte, giochi interattivi e role-playing. L'interazione o le discussioni fra i partecipanti in un'atmosfera tranquilla ed informale possono contribuire all'apprendimento ed allo sviluppo di atteggiamenti nuovi. Alcuni progetti prevedono sessioni pedagogiche in forma di 'pacchetti' che i peer educator hanno avuto modo di studiare ed eventualmente modificare.

Offrire ai partecipanti la possibilità di porre domande anonime per iscritto prima di un incontro è un buon metodo per far emergere le preoccupazioni più profonde e consente ai peer educator di preparare le necessarie risposte. Le domande possono essere depositate in appositi contenitori e discusse dai peer educator in presenza del gruppo.

A seconda dell'età dei peer educator e del programma progettuale, le presentazioni in pubblico possono includere una serie di attività e giochi che i peer educator hanno appreso durante il percorso formativo o attività che gli stessi educatori hanno sviluppato, prevedendo uno spazio per le domande ed il dibattito.

Alcuni progetti prevedono uno o due brevi incontri con i gruppi, altri hanno un calendario più intenso. È evidente che non ci si può aspettare un sostanziale o duraturo cambiamento comportamentale dopo uno o due brevi incontri. Qualora si prevedano problemi di disciplina o a seconda delle condizioni locali, gli adulti possono o meno essere presenti in sala. In generale, e supponendo che non vi siano problemi di ordine, i peer educator hanno generalmente riscontrato che l'atmosfera è più aperta e sincera quando gli adulti non presenziano agli incontri.

### *Approccio specifico per il gruppo target oggetto dell'intervento*

Le potenzialità di questo approccio variano considerevolmente a seconda del gruppo target e dell'ambiente considerato. Questo approccio può prevedere l'organizzazione di conferenze e rappresentazioni teatrali in centri giovanili locali oppure dibattiti nei bar, pub o lungo le strade. È importante che i peer educator siano chiaramente identificabili, che il gruppo target sia stato preparato ad incontrarli e che ogni educatore sia percepito ed accettato dai membri del gruppo target come 'uno di loro'. Per questo è necessaria un'opera di pubblicità in coordinazione con gli intermediari durante la fase preparatoria.

Un altro intervento tipico di questo approccio è ad esempio la distribuzione di profilattici, la costituzione di gruppi di sostegno per i giovani sieropositivi, recite in strada, distribuzione di volantini informativi, poster e occasioni di intrattenimento. L'obiettivo è generalmente quello di sensibilizzare il gruppo target sull'HIV ed i comportamenti a rischio, integrare altri programmi, fornire informazioni altrimenti precluse a causa di problemi linguistici o di religione, divulgare informazioni adattate alle norme di comportamento dei gruppi emarginati ed incoraggiare i comportamenti sessuali sicuri ed il corretto uso delle siringhe.

### *Approccio riferito alla popolazione in generale*

Questo approccio mira a divulgare informazioni ed a promuovere nuovi atteggiamenti o pratiche nei diversi gruppi sociali avvalendosi delle reti di comunicazione esistenti. La comunicazione può attuarsi in forma, non verbale o attirando l'attenzione sui comportamenti e le pratiche personali. Il ricorso ad opinion-leader quali informatori credibili ed affidabili è una componente importante di questo approccio. Dal momento che esistono differenze nei valori e nelle norme in tutti i gruppi target potrebbe essere necessario includere nel progetto svariati sottogruppi di popolazione. Una volta consolidato il progetto, quando esso avrà acquisito popolarità presso la popolazione interessata ed i giovani del gruppo target si saranno 'impossessati' di esso sarà allora possibile che anche i nuovi peer educator divengano degli opinion-leader.

Questo approccio si basa sulle 'attività in diretta' condotte dai peer educator e sui dibattiti che avvengono nell'ambito del gruppo target. Le 'attività in diretta' comprendono anche le conversazioni informali e spontanee, gli incontri faccia-a-faccia tra i peer educator ed i membri del gruppo target. In generale, gli adolescenti difficilmente si impegnano in lunghi dibattiti sull'HIV, il sesso ed i comportamenti sessuali: tali argomenti potrebbero essere fatti emergere nel corso di brevi dibattiti, in forma di battute o commenti. Questi scambi si rivelano a volte proficui e possono essere utili per parlare di atteggiamenti e credenze personali o possono essere utilizzati per proporre nuove opinioni con i coetanei valutandone le reazioni.

Le tipologie di intervento che possono essere individuate grazie all'energia ed all'intuizione dei giovani peer educator sono molteplici. Oltre ai dibattiti ed alle conversazioni informali, le attività possono prevedere:

- recite e presentazioni
- preparazione di poster e volantini
- distribuzione di profilattici
- film e video
- musica dal vivo
- festival
- programmi radiofonici e televisivi
- pubblicazione di articoli e circolari informative
- chioschi informativi
- libretti
- T-shirt e spillette con il logo del progetto
- attività come la Giornata Mondiale dell'AIDS e altro

### *Approccio di mobilitazione della comunità locale promossa dai giovani educatori*

Questo tipo di progetto è appoggiato dalla comunità locale e comporta la mobilitazione di persone di ogni età per affrontare il problema della diffusione dell'infezione dell'HIV. I peer educator godono generalmente del sostegno dei vari gruppi giovanili ed il progetto ha la forma di un'alleanza' tra istituzioni locali, responsabili politici ed associazioni di base.

Nella pratica sono previste alcune o tutte le attività ed approcci subordinati citati in precedenza. I giovani, la comunità locale e le istituzioni condividono un obiettivo comune ed i peer educator si occupano della definizione e dell'attuazione dei vari interventi pratici. Se i giovani sono abbastanza grandi, tutto questo potrebbe portare alla costituzione di nuove organizzazioni giovanili o all'inserimento del progetto nelle attività delle associazioni giovanili esistenti.

In presenza di educatori adolescenti tale approccio implica un costante sostegno da parte degli adulti della comunità ed una fattiva alleanza tra istituzioni ed enti locali, genitori e responsabili politici. Per l'attuazione di questo approccio è necessario che vi sia un buon coordinamento tra i membri dell'alleanza, affinché essa possa essere unita ed attivamente impegnata. Questa coesione può essere ottenuta attraverso i contatti personali, gli incontri, i seminari, i programmi di formazione per gli intermediari ed anche con le attività ricreative.

Le attività dei peer educator sono ispirate a tutti gli approcci in precedenza delineati (pedagogico, specifico, generale) e prevedono anche la partecipazione a manifestazioni locali, fiere ed altri eventi. I progetti mirati agli adolescenti spesso prendono l'avvio presso una singola istituzione sanitaria e si diffondono successivamente fino a raggiungere altri gruppi giovanili presenti nella comunità.

## Come mantenere vivo l'interesse nel progetto e sostenere i peer educator

### L'interesse nel progetto

L'entusiasmo dei peer educator aumenterà quando essi avranno finalmente la possibilità di tradurre nella pratica le nuove abilità ed esperienze acquisite. L'effetto delle attività di Peer education indurrà dei cambiamenti sia nel gruppo target che negli intermediari. Per gli addetti al progetto questo significherà lavorare in stretta collaborazione con i peer educator ed operare affinché gli adulti possano sentirsi in sintonia con un particolare gruppo di giovani, sensibilizzandoli sull'importanza della prevenzione che è lo scopo del progetto. Potrebbero emergere atteggiamenti critici o di resistenza nel momento in cui i singoli operatori prenderanno confidenza con il progetto.

Eventuali cambiamenti di programma non dovrebbero essere considerati come un ostacolo o una fonte di conflitto ma dovranno divenire un'opportunità di miglioramento. Anche se l'impegno dei giovani e l'opera di prevenzione dell'HIV sono elementi integranti della Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS potrebbe essere necessario rivedere il progetto per farlo proseguire e per riuscire a far adottare i cambiamenti comportamentali più corretti nel lungo termine stimolando una maggiore partecipazione dei giovani alla vita della comunità locale. Il gradino superiore della Scala della Partecipazione di Hart (v. tabella p.16) non prevede il controllo sul progetto da parte di bambini/giovani ma raccomanda piuttosto un intervento di collaborazione da parte degli adulti nel caso in cui i bambini (e i giovani) si occupano di avviare gli interventi e quando le decisioni sono prese di concerto con gli adulti.

Di seguito pubblichiamo alcuni suggerimenti su come mantenere vivo l'interesse nel progetto, illustrati in base alle categorie progettuali in precedenza proposte.

#### *Finanziamenti*

Le questioni finanziarie relative ad un progetto sono un argomento che probabilmente non necessita di alcun consiglio da parte nostra. E' comunque importante sottolineare che il sostegno ed i contributi finanziari locali consentono ai giovani di gestire autonomamente questo aspetto poiché quando uno sponsor locale è disposto ad erogare dei fondi significa che fornisce implicitamente la propria approvazione al progetto.

#### *Coinvolgimento di persone ed organizzazioni*

Nel corso dell'intero progetto il coordinatore ed il responsabile del progetto dovranno mantenere vivo l'interesse e la motivazione della coalizione organizzando occasioni di aggiornamento, richiedendo il parere degli interessati e organizzando regolarmente incontri, occasioni negoziali e mantenendo i contatti a livello personale. Lo stesso dicasi per intermediari, persone chiave, genitori, sponsor e responsabili politici. Consigliamo di mantenere informati questi gruppi di persone e di coinvolgerli anche se questo richiede tempo prezioso. Il loro contributo e feed-back può essere preziosissimo.

#### *Partecipazione ed autogestione dei giovani*

Nelle presenti Linee guida si è sempre tentato di descrivere e chiarire il processo insito nel lavoro a contatto con i giovani nella Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS. Il gruppo target rimarrà comunque al centro dell'attenzione del progetto perché è fra le fila di quel gruppo che vengono reclutati i peer educator ed è presso lo stesso gruppo che gli educatori 'ritornano' da esperti ed agenti di cambiamento.

Gli adulti coinvolti nel progetto devono considerare sin dall'inizio il punto di vista dei giovani che verranno poi guidati facendo leva sulle motivazioni che muovono i peer educator durante la crescita ed il raggiungimento della maturità, migliorando gli atteggiamenti di presa in carica ed il loro coinvolgimento sociale. Questo richiede un dialogo aperto e di riflessione con i giovani anche se significa esporsi alle loro critiche. E' necessario essere pazienti perché i ragazzi sono giovani ed essendo volontari possono abbandonare il progetto quando lo desiderano. Sarà necessario dedicare tempo e lavoro per mantenere vivo il loro interesse e stimolarli a continuare.

In progetti ove si attui una buona coordinazione il processo di Peer education può direttamente o indirettamente stimolare una maggiore partecipazione dei giovani alle problematiche locali relative alla promozione della salute. Grazie alle attività di collaborazione ed alla condivisione di responsabilità fra adulti e giovani nel progetto, i giovani potranno imparare ad intraprendere in modo autonomo le azioni necessarie per risolvere i problemi della salute che li riguardano. L'HIV potrebbe diventare un 'loro' problema e non più il 'problema di qualcun altro'.

### *Logistica*

La logistica assorbirà una grande parte del tempo dedicato alle attività di coordinamento. Sarà necessario prevedere la disponibilità di una sede per la conduzione delle attività dei peer educator, per gli incontri di supervisione, gli incontri formativi integrativi, le attività sociali e la redazione dei rapporti sul lavoro svolto. Se non vi sono spazi disponibili presso l'istituzione preposta al coordinamento, sarà possibile prendere in affitto i locali necessari. Il calendario dei lavori dovrà prevedere le attività 'interne' al progetto e le varie attività condotte dai peer educator in collaborazione con gli interessati.

I peer educator avranno bisogno di materiali come profilattici, lucidi e diapositive, poster, materiale stampato o anche costumi di scena per le rappresentazioni teatrali. I peer educator potrebbero avere bisogno di aiuto per individuare i fornitori ed acquistare i materiali.

Se sufficientemente grandi i peer educator potranno essere anche in grado di assumersi direttamente alcuni di questi compiti. Potrebbero inoltre condividere questi compiti con un piccolo gruppo di supervisori e con gli intermediari.

### *Valutazione*

La valutazione servirà per decidere i successivi interventi e consentirà a coloro che operano nel progetto, ai finanziatori ed ai responsabili politici di avere un feed-back su quanto sta avvenendo. La valutazione dovrà essere condotta con grande attenzione.

Il calendario ed i tempi dedicati alla valutazione dipenderanno dal tipo di progetto: il prossimo capitolo fornisce una serie di esempi. Qualora sia previsto un consulente esterno per la valutazione, egli dovrà essere direttamente coinvolto nel progetto. Nel prossimo capitolo si analizzano i possibili conflitti di opinione tra operatori sanitari e valutatori.

## Sostegno ai peer educator

Per concludere, gli obiettivi del sostegno ai peer educator e la supervisione da parte degli adulti sono i seguenti:

- fornire informazioni aggiornate e dare accesso al servizio di consulenza fornito dagli esperti
- organizzare attività di formazione continua nel processo di crescita personale
- organizzare incontri di brainstorming nel corso del quale possono essere delineati nuovi interventi
- aiutare i peer educator a non perdere di vista l'obiettivo del progetto, a tenere 'i piedi per terra' e a non farsi travolgere dal proprio entusiasmo
- fornire il sostegno tecnico nella definizione di nuovi interventi, p.es. poster, recite, presentazioni, ecc.
- assicurarsi che la dinamica di gruppo funzioni bene e contribuisca alla soluzione dei problemi quando questi emergono
- ottenere un feed-back e dare un incoraggiamento per il lavoro svolto, garantendo il sostegno psicologico quando le cose non funzionano come dovrebbero
- intervenire quando sorgono problemi tra i peer educator, gli intermediari o le persone chiave
- organizzare un programma sociale per mantenere la coesione nel gruppo.

Il sostegno e l'incoraggiamento da parte degli altri giovani è fondamentale per i singoli peer educator. Questo sostegno deve provenire dai membri del gruppo del progetto in cui lavorano, da coloro che si occupano di supervisione e dall'intero gruppo dei peer educator. Gli scambi ed i contatti con altri progetti di Peer education possono essere molto incoraggianti e divertenti e favorire nel contempo la condivisione di idee ed esperienze. Le opinioni di amici e coetanei possono essere decisive. Per questo motivo il progetto deve continuare a mantenere un'immagine positiva ed avere una reputazione a prova di critiche.

### Capitolo 4

1 Rappaport J. Terms of empowerment/Exemplars of prevention. Am. J. of Community Psychology 1987; 15(2): 121-143.

# Valutazione dei progetti di Peer education

## Questo capitolo

L'ultimo capitolo delle Linee guida presenta una breve panoramica delle più importanti metodologie di valutazione utilizzate nei progetti di Peer education mirati alla prevenzione dell'AIDS. La valutazione costituisce un prezioso feed-back per i partecipanti al progetto e gli interessati, i responsabili politici ed i finanziatori. La valutazione può inoltre essere utile per dare forma a progetti futuri. Tutto questo è particolarmente importante quando si utilizza la Peer education per la prevenzione dell'AIDS poiché questo metodo educativo si sta rapidamente diffondendo, apre nuove strade e si avvale di tecniche innovative.

La conoscenza del mondo che ci circonda può essere ampliata in molti modi, facendo per esempio ricorso all'intuizione, allo spirito di osservazione ed alla riflessione. Ognuno di questi metodi non è necessariamente superiore agli altri. Condurre una valutazione significa effettuare un'indagine selettiva e sistematica di un fenomeno – in questo caso un progetto di Peer education per la prevenzione dell'AIDS. Lo scopo di tale indagine consiste nell'aumentare le conoscenze e comprendere meglio un determinato fenomeno. Tuttavia, se da un lato gli operatori sanitari possono desiderare di comprendere e conoscere direttamente il progetto ed il gruppo target di cui si occupano, lo scienziato è invece spesso interessato ad acquisire conoscenze che gli consentano di effettuare deduzioni e previsioni basate sulla teorizzazione. Le valutazioni vengono spesso condotte da professionisti esterni esperti nelle metodologie valutative e non da operatori sanitari, ed è pertanto possibile che si creino dei conflitti fra queste due figure professionali.

La Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS può essere un approccio difficile da valutarsi in quanto coinvolge diverse tipologie di partecipanti ed ambienti, si avvale dell'influenza delle dinamiche sociali e della trasmissione dei risultati acquisiti attraverso i vari gruppi di una popolazione per conseguire i propri obiettivi e prevede alcuni specifici interventi attuativi. Inoltre le caratteristiche e le attività di un progetto possono cambiare nel corso del tempo e pertanto divengono, per i valutatori, una specie di 'bersaglio in movimento'.

In questo capitolo vengono illustrati tre modelli di valutazione: il modello dell'operatore della prevenzione 'riflessivo', il modello basato sugli obiettivi ed il modello comparativo (sperimentale). Si tratta di tre approcci metodologici al processo di valutazione. Il modello dell'operatore della prevenzione 'riflessivo' è prevalentemente descrittivo e si basa sui processi di riflessione attuati mentre il progetto è in corso, mira alla risoluzione dei problemi e contribuisce attivamente a far progredire il progetto. Il modello basato sugli obiettivi ha un carattere più scientifico poiché impone la definizione di scopi ed obiettivi progettuali misurabili, utilizza indicatori, applica variabili derivate dalle teorie scientifiche ed effettua misurazioni (p.es. struttura pre/post test). Il modello comparativo implica un design sperimentale ove l'effetto dell'intervento

progettuale sui vari gruppi viene comparato a uno o più 'gruppi controllo' simili ove non è stato attuato alcun intervento. Lo scopo consiste nell'individuare l'effetto del progetto su un gruppo target, isolandolo da altri effetti 'confondenti' ed individuando il rapporto causa-effetto.

## Uguaglianza ed autogestione

La promozione della salute mira ad accrescere la partecipazione dei cittadini, a fare in modo che le comunità locali riescano ad autogestirsi, alla collaborazione intersettoriale e sottolinea l'importanza di dare accesso a tutti ai programmi di prevenzione e di assistenza sanitaria (uguaglianza). Per ottenere tutto questo le comunità interessate, i partecipanti ai progetti ed i giovani devono essere più ampiamente coinvolti. Tale coinvolgimento potrà non solo migliorare qualitativamente il processo di valutazione ma farà anche in modo che tali soggetti si sentano maggiormente partecipi e divengano i reali gli artefici dei progetti e dei risultati ottenuti. Un passo in avanti in questa direzione potrebbe essere quello di insegnare agli operatori sanitari ad applicare le metodologie di valutazione o a sviluppare metodi di più facile utilizzo.

Quando i risultati saranno stati analizzati essi potranno essere divulgati in un linguaggio facilmente comprensibile ai partecipanti al progetto, ai responsabili politici ed ai giovani. Le nuove conoscenze acquisite in una comunità locale potranno essere utilizzate per dare forma a nuove decisioni e a promuovere la salute dei giovani.

I giovani sono una risorsa preziosa per perfezionare le metodologie di valutazione in modo da poter affrontare le reali problematiche dell'HIV. Tra l'altro, il linguaggio utilizzato nei questionari di valutazione può essere modificato ed adattato dai giovani in modo da essere di più facile comprensione e riflettere il loro linguaggio quotidiano ed i significati che i giovani attribuiscono ad esso.

## Valutazione sistematica

Condurre una valutazione significa esaminare sistematicamente e criticamente i processi e gli esiti di un progetto. Le domande cui rispondere nell'ambito del processo di valutazione possono essere definite dai partecipanti al progetto o da un esterno (p.es. finanziatori od operatori di sanità pubblica). I ricercatori potrebbero essere interessati ad acquisire le conoscenze scientifiche che emergono dal processo di valutazione.

I quesiti cui rispondere nel corso del processo di valutazione devono essere correttamente formulati e riguardare problematiche specifiche. Il contesto di valutazione deve prendere in considerazione le esigenze progettuali, le caratteristiche degli interessati (stake-holders) ed i limiti imposti dal tempo e dalle esigenze in termini di costi. Diversamente, c'è il rischio che il processo di valutazione perda di vista il proprio obiettivo nel tentativo di capire il significato del progetto. Per poter contestualizzare correttamente il processo di valutazione potrebbe essere utile conoscere quello che i ricercatori chiamano 'standard di accettabilità'. In questo modo è possibile individuare il giusto contesto comparando il progetto ai vari standard esistenti.

Gli 'standard arbitrari' vengono fissati dai finanziatori o dagli operatori di sanità pubblica. Ad esempio si può decidere che il progetto deve raggiungere un certo numero di persone nel gruppo target per poter documentare che vi è stata una riduzione nei comportamenti a rischio. Se si utilizza lo 'standard storico' sarà necessario comparare la condizione attuale del progetto o del gruppo target con quella del periodo precedente (p.es. misurando se vi è stata una riduzione nel numero di peer educator che hanno abbandonato il progetto, o un aumento degli atteggiamenti positivi nei confronti dello stesso). E' inoltre possibile comparare i risultati di un progetto con quelli di un altro progetto condotto presso un gruppo simile di giovani: in questo caso si parla di 'standard normativo'. Gli 'standard scientifici' si basano sull'utilizzo di metodologie di valutazione rigorose per poter raccogliere dati che vanno ad aumentare le conoscenze esistenti e per comprovare o sviluppare nuove teorie.

A prescindere dalle domande cui il processo di valutazione vuole dare risposta, tale processo deve prendere in considerazione il contesto sociale ed ambientale del progetto, il contenuto e le modalità di intervento e gli effetti immediati e nel lungo termine. La letteratura di riferimento sul processo di valutazione è assai ricca in quasi tutte le lingue e raccomandiamo al lettore di consultarla. L'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS ha di recente pubblicato un testo di facile consultazione dal titolo 'Guidance for Practitioners on Evaluation of Health Promotion Initiatives' (Guida per gli operatori sanitari alla valutazione delle iniziative per la promozione della salute) la cui autrice è Jane Springett che ha lavorato per conto del Gruppo di Lavoro Euro-OMS sulla valutazione delle iniziative per la promozione della salute.

## Metodi quantitativi o qualitativi?

Il dibattito per stabilire se i metodi qualitativi siano da preferirsi ai metodi quantitativi è di grande attualità negli ambienti scientifici e della sanità pubblica. I metodi quantitativi traggono origine dalla tradizione scientifica positivista che stabilisce che ogni fenomeno può essere definito in termini oggettivi. Questi metodi consentono di descrivere i meccanismi di funzionamento della realtà e di scoprire un rapporto di causa-effetto tra i vari eventi e fenomeni. Queste metodologie vengono spesso utilizzate per verificare se gli obiettivi di un progetto sono stati raggiunti (in questo caso si parla di 'esiti' del progetto). Tali metodologie si avvalgono molto spesso di questionari.

I metodi qualitativi hanno lo scopo di fornire informazioni approfondite e sistematiche sulle dinamiche progettuali e sul gruppo target di giovani. La valutazione soggettiva dei singoli e la loro personale interpretazione dei fenomeni sono considerate importanti. Tali valutazioni ed interpretazioni vengono generalmente raccolte tramite interviste individuali e di gruppo che vengono condotte da esperti. I metodi qualitativi possono essere utili per comprendere le complesse dinamiche della Peer education e per comprendere le opinioni personali dei giovani su sessualità, uso di droghe e comportamenti a rischio. Gli approcci qualitativo e quantitativo sono entrambi validi nella Peer education per la prevenzione dell'AIDS e possono essere combinati come 'triangolazione' di metodi.

## Valutazione formativa e sommativa

Una valutazione si pone fondamentalmente due obiettivi: se effettuata in corso di progetto consente agli addetti di accumulare nuove conoscenze che possono essere utilizzate per migliorare il progetto (valutazione formativa); essa può altrimenti essere utilizzata per misurare l'effetto degli interventi progettuali sul gruppo target (valutazione sommativa). La valutazione formativa si avvale dei metodi qualitativi e quantitativi. Ad esempio, è possibile effettuare un'indagine per individuare gli elementi importanti che determinano i comportamenti a rischio in un gruppo di giovani, utilizzando interviste di tipo qualitativo per comprendere le dinamiche di relazione interpersonale tra peer educator ed altri giovani. I risultati ottenuti da indagini e interviste vengono utilizzati per migliorare il progetto e avviarlo lungo i percorsi più adatti

La valutazione sommativa misura l'impatto del progetto e degli interventi progettuali sul gruppo target. Quando gli obiettivi del progetto sono chiaramente definiti è possibile utilizzare la metodologia sommativa per verificare in quale misura essi sono stati raggiunti. E' possibile ad esempio quantificare il numero di giovani nel gruppo target raggiunto dalle misure che mirano al cambiamento comportamentale. Nella struttura 'pre-post/test' le misurazioni sul gruppo target vengono effettuate prima dell'inizio del progetto ed esse vengono ripetute dopo un certo periodo di tempo per verificare se vi sono differenze. Tuttavia nel caso in cui si riscontrino effettivamente delle differenze è molto difficile sapere o dimostrare che il cambiamento è stato indotto dalle attività progettuali e non è dovuto ad altri eventi esterni. Per questo è necessario ricorrere ad una valutazione di tipo sperimentale o comparativo. Una successiva sezione di questo capitolo ne illustrerà i dettagli.

## Processi

Parliamo ora di processi. I progetti di Peer education per la prevenzione dell'AIDS implicano processi complessi e uno degli scopi principali della valutazione è la comprensione dei processi stessi. Tutto questo è utile per distinguere gli elementi utili da quelli superflui e serve a spiegare ad altre persone come è stato condotto un progetto. Ad esempio, gli studi di fattibilità spesso studiano i processi utilizzando metodologie qualitative per individuare il migliore approccio per la conduzione della Peer education presso un particolare ambiente o gruppo. La valutazione dei processi fornisce un quadro chiaro ed esauriente della qualità del progetto e dei suoi elementi, le dinamiche fra i singoli elementi e gli esiti del progetto. La valutazione dei processi in corso di progetto è utile per sapere se un progetto procede bene ed eventualmente per applicare i necessari correttivi 'in corso d'opera'.

I metodi utilizzati per condurre le valutazioni dei processi includono:

- relazioni 'sul campo'
- indagini periodiche
- perfezionamento degli interventi in corso
- osservazioni
- interviste a quattr'occhi
- dibattiti nell'ambito di focus group.

## Modelli di valutazione sistematica

### a Modello dell'operatore sanitario 'riflessivo'

Gli operatori sanitari che operano nell'ambito della Peer education mirata alla prevenzione dell'AIDS lavorano a contatto con i giovani sulla base di un rapporto individuale e tentano di comprendere le opinioni, gli stili di vita ed i problemi dei giovani stessi. Per molti versi essi sono i mediatori tra il mondo giovanile e le istituzioni presso le quali operano gli adulti, spesso complesse e politicizzate. Inoltre gli operatori della prevenzione del contagio da HIV dispongono di preziose conoscenze sulle conseguenze dell'infezione e le problematiche correlate quali educazione sessuale, droga e discriminazione.

Il lavoro all'interfaccia tra giovani ed adulti, i singoli e le organizzazioni, l'innovazione e la tradizione è un'attività di conciliazione che richiede sensibilità e professionalità. È un lavoro che prevede l'assunzione di ruoli diversi e una continua riflessione durante gli interventi. Le abilità necessarie vengono sviluppate tramite i corsi di formazione, sviluppando nuove esperienze, consultando la letteratura sull'argomento ed attuando un processo di riflessione personale sul significato del lavoro in una situazione caratterizzata dall'incertezza. Alla fine si sviluppa quella saggezza di carattere pratico che deriva dal contatto costante con la realtà quotidiana. Nella Peer education per la prevenzione dell'AIDS questo significa lavorare a contatto con il cambiamento ed adoperarsi per stimolarlo.

Ogni persona ha una propria teoria sul da farsi, sui motivi per cui si è convinti che un certo approccio funzionerà e quali ne saranno gli esiti. Se non si ha il feed-back della valutazione è facile lasciarsi affascinare dalle proprie convinzioni e credenze. Gli operatori sanitari sono spesso persone formate in ambienti in cui la pratica è separata dalla ricerca e dalle sue metodologie. Questo significa che spesso è necessario ricorrere a consulenti esterni.

Quando non è necessario ricorrere ad un consulente gli operatori sanitari potranno utilizzare l'approccio dell'operatore sanitario 'riflessivo' per valutare sistematicamente il progetto<sup>1</sup>. Questa metodologia richiede un continuo monitoraggio del progetto che deve essere contemporaneamente guidato verso il raggiungimento degli obiettivi e degli scopi stabiliti. Per questo è necessario riflettere sugli sviluppi compiuti dal progetto in rapporto alla situazione passata ed essere in grado di prevedere gli sviluppi futuri. Inoltre, l'operatore della prevenzione 'rimette a fuoco' la propria prospettiva sul progetto attraverso un dialogo continuo con i giovani del gruppo target, i peer educator, gli intermediari, la coalizione del progetto e la comunità locale. Si tratta di una valutazione sistematica dello stato di sviluppo del progetto e nel contempo di un processo di apprendimento.

Inoltre è possibile ottenere conoscenze e opinioni preziose grazie alla comunicazione con altri progetti di Peer education, consultando la letteratura sulla Peer education ed esaminando i risultati di progetti simili. La conoscenza delle teorie relative ai cambiamenti sociali e comportamentali può essere d'aiuto nello spiegare i fenomeni, guidare il processo di cambiamento e fornire elementi obiettivi che possono essere ponderati per escludere gli effetti dovuti all'intuizione, le ideologie o un intenso impegno personale.

In pratica, gli operatori sanitari possono documentare le attività, i processi e le conquiste di progetto. È utile tenere dei registri. In questo modo gli operatori sanitari possono monitorare e valutare il lavoro che è stato completato e gli esiti ottenuti. Questo tipo di documentazione è fondamentalmente di tipo descrittivo ma risulta comunque utile per far progredire il progetto e prendere atto dei contesti che cambiano.

### b Modello basato sugli obiettivi

#### Contesto

Iniziamo con la fase di definizione del progetto. È necessario definire con precisione quali saranno i giovani sui quali verrà condotta la valutazione degli effetti del progetto – il cosiddetto gruppo target. Questo compito è più facile quando il gruppo è già ben definito o 'confinato' come nel caso di gruppi scolastici, ma è più arduo quando si tratta di persone come i giovani di strada. Anche nel caso di gruppi ben definiti è necessario raggiungere i giovani più vulnerabili all'HIV a causa dell'elevato rischio dei loro comportamenti. Anche nel caso in cui i messaggi trasmessi dal progetto giungano ad altre persone che non fanno parte del gruppo target, questo gruppo rimane comunque l'obiettivo della valutazione.

La fase successiva consiste nel decidere che cosa misurare: generalmente si tratta degli obiettivi che sono stati definiti dopo aver valutato i giovani del gruppo target in oggetto al progetto (Capitolo 3). Gli obiettivi del progetto devono essere formulati chiaramente e non devono essere incentrati sul progetto in sé, ma piuttosto su quanto si prevede possa accadere al gruppo target a seguito dell'intervento. Tali obiettivi

possono essere: la misurazione di quanto conseguito, ad esempio la percentuale di giovani raggiunti nel gruppo target, i cambiamenti positivi indotti nelle variabili mediazionali (v. di seguito) o la riduzione di specifici comportamenti a rischio.

E' importante valutare in che misura gli interventi del progetto hanno raggiunto il gruppo target e l'atteggiamento che tale gruppo ha adottato nei confronti del progetto, sulla base di caratteristiche quali età, sesso o gravità del comportamento a rischio. Per esempio, i peer educator potrebbero essere entusiasti del progetto e pur tuttavia è possibile che essi non stiano raggiungendo il vero gruppo target previsto. Inoltre, è necessario sapere se il progetto sta effettivamente raggiungendo le persone più vulnerabili all'HIV a causa dei loro comportamenti ad alto rischio.

Lo scopo precipuo del progetto è quello di rallentare la diffusione dell'infezione da HIV presso la popolazione giovanile. E' tuttavia difficile riuscire a comprovare tutto questo con valutazioni effettivamente fondate, scientifiche e valide nel lungo termine. E' comunque possibile stabilire specifici e ben definiti obiettivi progettuali che rappresenteranno comunque dei passi in avanti nel raggiungimento del generale obiettivo del progetto. Tutto questo rappresenta comunque un presupposto, poiché non si può essere certi che il conseguimento degli obiettivi del progetto possa effettivamente ridurre la trasmissione dell'HIV. Sappiamo con certezza che alcuni comportamenti aumentano il rischio di trasmissione, p.es. rapporti sessuali non protetti e condivisione di siringhe infette dall'HIV. Il profilattico deve essere utilizzato costantemente per ridurre i casi di trasmissione in un gruppo o una popolazione.

E' raro che si verifichino cambiamenti diretti nei comportamenti a rischio delle persone come effetto immediato delle attività di un progetto poiché il cambiamento è un processo graduale: le teorie ed i modelli comportamentali possono essere molto utili per comprenderlo. Un esempio, fra gli altri, è il 'modello delle fasi di cambiamento' di Prochaska e Di Clemente. Secondo questo modello una persona passa attraverso le fasi seguenti: pre-contemplazione, contemplazione, preparazione al cambiamento, effettuazione del cambiamento e mantenimento.

Le 'variabili mediazionali' sono fattori o condizioni necessarie ad influenzare le persone affinché possano attuare un cambiamento comportamentale. Una certa variabile mediazionale che è in grado, sulla base dei risultati delle ricerche, di indurre un cambiamento comportamentale in un gruppo non necessariamente esercita lo stesso effetto in un altro gruppo. Se possibile, l'influenza di queste variabili sui comportamenti a rischio dovrebbe essere misurata in ciascun gruppo target con questionari o interviste.

Presentiamo alcuni esempi di variabili mediazionali e di esito che possono essere utilizzate (cf. la letteratura di riferimento per ulteriori chiarimenti e modalità di misurazione):

- grado di conoscenza sull'HIV e prevenzione
- atteggiamenti – percezione della vulnerabilità o del rischio di contagio personale, uso del profilattico, astensione dai rapporti sessuali, ecc.
- abilità – capacità di negoziare l'utilizzo del profilattico ed eventualmente rifiutare il rapporto sessuale o l'uso di droghe
- comportamento- grado di attività nei vari comportamenti a rischio
- auto-efficacia – grado di fiducia nelle proprie capacità di non incorrere in comportamenti a rischio, che dipende dalla percezione delle abilità, conoscenze e decisioni personali.
- norme sociali – percezione di come si comportano i coetanei per quanto riguarda i comportamenti a rischio e l'utilizzo del profilattico.

#### *Valutazioni basate sugli obiettivi*

Per valutare gli obiettivi è necessario effettuare una valutazione del gruppo target prima dell'inizio del progetto (pre-test); tale misurazione deve essere ripetuta dopo che il progetto è stato attuato per un sufficiente periodo di tempo (post-test). E' possibile condurre una serie di valutazioni anche durante il progetto. La valutazione degli obiettivi fornisce preziose informazioni sullo stato di sviluppo del progetto.

Il piano d'azione del progetto dovrebbe prevedere la raccolta dei dati, delineare i problemi e le domande da affrontare nella valutazione, la metodologia da utilizzare, la procedura di valutazione, i responsabili della stessa, il calendario e la frequenza con cui verrà effettuata la valutazione. Quando verranno utilizzati i metodi statistici (per esempio i questionari), è necessaria la previa consultazione di un esperto di statistica. Diversamente vi è il rischio che i dati raccolti non possano essere successivamente analizzati. Questo sarebbe deludente, rappresenterebbe una perdita di tempo e di denaro ed inoltre i giovani non dovrebbero essere sottoposti a processi di studio e valutazione non necessari.

Sin dall'inizio del progetto la raccolta dati dovrà essere condotta in modo tale da consentirne l'analisi. I dati raccolti dovranno essere analizzati con i metodi statistici e la valutazione dei questionari. Questo compito può essere complesso, può richiedere molto tempo e quindi potrebbe essere necessario rivolgersi ad un esperto.

Il metodo più comunemente utilizzato per effettuare la valutazione degli obiettivi consiste nel distribuire questionari anonimi ad un gruppo target. I questionari ricevuti di ritorno devono essere rappresentativi e per tanto dovranno essere distribuiti ad ogni membro del gruppo o ad un campione di persone selezionate in modo randomizzato. Nel caso si utilizzi il campione randomizzato, è necessario consultare un esperto di statistica per decidere come procedere.

I questionari possono essere di natura descrittiva, con domande dirette sulle caratteristiche personali, oppure richiedere in che misura i giovani adottano comportamenti a rischio, quali atteggiamenti hanno su varie problematiche, cosa pensano del progetto e quali vantaggi hanno ottenuto dal progetto. I questionari analitici hanno lo scopo di misurare le caratteristiche demografiche, le variabili mediazionali, i comportamenti a rischio e come si è entrati in contatto con il progetto: successivamente è necessario individuare i rapporti tra tutti questi elementi per poterli comprendere a fondo.

È molto importante che la percentuale di risposta ai questionari sia elevata. Se il ritorno dei questionari è pari solo al 50% non sarà mai possibile sapere in che misura il progetto ha avuto effetto sul rimanente 50% né sarà possibile conoscere le caratteristiche di questo gruppo residuo. Potrebbe esservi un bias nel gruppo dei non-respondent che dipende dai comportamenti a rischio o dalle caratteristiche del progetto stesso. Inoltre, i questionari devono essere attentamente formulati e devono essere formulati con chiarezza per essere compresi dai giovani che li compilano. È necessario accertarsi che le domande misurino effettivamente quello che si vuole misurare. Pertanto, i questionari dovrebbero essere inizialmente utilizzati per valutare un campione del gruppo target che si intende intervistare.

Gli interventi dei peer educator possono esercitare un'influenza formale o informale che è difficile da individuare utilizzando i soli questionari. Inoltre è difficile tradurre pensieri e sentimenti personali e soggettivi in variabili quantitative oggettivamente misurabili. Utilizzando congiuntamente i metodi qualitativi e quantitativi è possibile raccogliere moltissime informazioni se il tempo ed i fondi a disposizione lo consentono.

Il modello basato sugli obiettivi ha il vantaggio di essere pragmatico, produrre evidenze tangibili, evidenziare i progressi compiuti ed essere di più facile lettura per finanziatori ed operatori di sanità pubblica. Purtroppo il modello è scarsamente flessibile rispetto al modello dell'operatore della prevenzione 'riflessivo', fornisce poche informazioni sul rapporto causa-effetto (è debole nell'individuare il rapporto di causalità), richiede tempo ed una preparazione specifica, e potrebbe non essere rilevante per alcune tipologie di Peer education.

### c Modello comparativo

Supponiamo che vi sia stato un notevole aumento della percentuale di persone che utilizza il profilattico in un gruppo target, evidenziato dalle indagini di tipo pre/post test. Questo può sembrare una buona notizia in quanto indica teoricamente che il progetto ha avuto un effetto positivo sul gruppo target. D'altro lato non è escluso che il cambiamento possa essere stato indotto da altre fattori esterni. Può essere che il gruppo di giovani sia maturato oppure tale miglioramento sia semplicemente dovuto al fatto che un membro del gruppo è divenuto sieropositivo. Oppure è possibile che la semplice esposizione al primo questionario abbia indotto i giovani a riflettere su ciò che si suppone dovessero imparare o sui comportamenti a rischio da modificare. Il modello basato sugli obiettivi descritto in precedenza può essere utile per ottenere informazioni che daranno un contributo al progetto ma non dimostra in alcun modo se esso ha avuto esiti positivi.

Per rispondere a questa domanda è necessario strutturare la valutazione e l'analisi dei dati in modo tale da isolare l'effetto specifico dell'intervento progettuale e controllare l'effetto di altre variabili non progettuali. Un esempio è l'analisi di un gruppo di giovani molto simile al gruppo target ma che non è stato oggetto degli interventi progettuali: in questo caso si può misurare questo gruppo con gli stessi metodi di indagine e secondo il medesimo calendario. Si potrebbe decidere di assegnare questi gruppi, in modo randomizzato, al progetto (il cosiddetto 'gruppo sperimentale') o decidere che essi devono fungere da 'gruppo di controllo'. Per esempio, si potrebbero effettuare gli interventi progettuali in ambienti o presso gruppi dalle caratteristiche simili, e poi assegnarne due o più, in modo randomizzato, al gruppo sperimentale o a quello di controllo.

I dati raccolti in questo modo sono utili nella misura in cui esistono delle somiglianze tra i gruppi considerati. In essenza, il gruppo di controllo, rispetto al gruppo sperimentale, svolge la stessa funzione di un gruppo che non è stato oggetto della Peer education. Possono comunque sussistere differenze intrinseche tra i due gruppi, che a volte sono la reale causa dei cambiamenti avvenuti i quali non sono quindi stati indotti dal progetto. Esiste inoltre il rischio che l'effetto degli interventi effettuati presso il primo gruppo ricada sul secondo gruppo in virtù dei contatti sociali esistenti e pertanto gli interventi influenzano indirettamente anche quel gruppo.

Una soluzione consiste nell'assegnare un maggior numero di gruppi, in modo randomizzato, alle categorie sperimentale e di controllo. Quanto più numerosi saranno i gruppi e quindi maggiore la randomizzazione dell'assegnazione ad una delle due categorie, tanto maggiore sarà la possibilità di dimostrare il ruolo causale degli interventi. Si parla in questo caso di trial randomizzati con controlli. Questo metodo, associato alle misurazioni pre/post test sui gruppi sperimentale e di controllo, è considerato lo standard aureo nella ricerca sulle metodologie di valutazione degli interventi progettuali.

Non sempre sono necessari metodi sofisticati e costosi come lo studio randomizzato con controlli per effettuare una valutazione comparativa. Esistono tuttavia diverse varianti di questo modello che non sono affatto corrette da un punto di vista sperimentale. Queste cosiddette strutture simil-sperimentali non sono in grado di verificare efficacemente l'effetto delle influenze non progettuali sul gruppo target. Ad esempio, è possibile utilizzare il modello pre/post test ma l'assegnazione dei gruppi potrebbe non essere condotta in modo randomizzato. I due gruppi dovrebbero essere il più comparabili possibile quanto a caratteristiche ed ambiente di provenienza.

In altri casi il gruppo sperimentale funge da gruppo di controllo di se stesso ed esso viene sottoposto ad un processo di valutazione continua per un determinato periodo di tempo.

Le metodologie comparative sono utili per individuare le cause di particolari effetti (rapporto di causalità) del progetto, possono rivelarsi utili per sviluppare modelli teorici e sono generalmente ritenute più affidabili dai finanziatori. Gli svantaggi sono il costo elevato, la difficoltà di utilizzo, il rischio di rallentare lo sviluppo del progetto e la difficoltà di ottenere informazioni sulle conseguenze non prevedibili.

Potrebbe essere necessario trovare un compromesso tra la necessità di applicare gli interventi in modo flessibile e le esigenze imposte dal processo di valutazione. Questo dilemma dovrà essere apertamente affrontato, adottando una precisa decisione in merito prima dell'avvio del progetto.

### Considerazioni etiche sul processo di valutazione

Rivolgere domande a giovani o scolari relativamente ai loro atteggiamenti e comportamenti, in particolare in materia di sessualità o all'uso di droghe, può essere un compito molto delicato. La struttura, il contenuto, le procedure ed i metodi di reporting del processo di valutazione potrebbero dover essere negoziati con i comitati etici, i genitori, il personale scolastico ed altre autorità. E' necessario garantire il completo anonimato per tutelare la riservatezza e l'integrità degli intervistati. In questo modo i giovani potranno rispondere ai quesiti in modo più sincero e rilassato.

La valutazione deve essere effettuata nel rispetto dell'etica del non nocere ed i risultati devono essere riportati in modo obiettivo, preciso ed onesto. E' importante trovare un giusto equilibrio tra i potenziali effetti negativi dell'utilizzo di uno strumento come l'intervista ed i potenziali vantaggi del processo di valutazione. Prima di richiedere alle persone il consenso di essere sottoposti al processo di valutazione è importante informare gli interessati di come verranno raccolte ed utilizzate le informazioni.

### Conclusioni

Dopo aver concluso la lettura di questo capitolo si potrebbe dedurre che è difficile individuare ed accertare gli effetti di un progetto di Peer education su un gruppo di giovani. Questa situazione è piuttosto comune quando si opera sul territorio in condizioni completamente diverse da quelle 'di laboratorio'. La valutazione non ha necessariamente lo scopo di sancire il 'valore' di un progetto o di spiegarlo nei minimi dettagli. La scelta della metodologia di valutazione dipenderà dagli elementi indagati e da coloro che sono interessati a conoscerli. Rinviamo il lettore alle precedenti sezioni sullo standard di accettabilità. Le valutazioni contribuiscono ad affinare le nostre abilità, forniscono un feed-back a colleghi e comunità locali e ci avvicinano all'attuazione di un'efficace prevenzione dell'infezione da HIV fra i giovani. Si tratta di un problema che riguarda responsabili politici, operatori sanitari, comunità, scienziati e giovani.

#### Capitolo 5

1 Schon D. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Josey-Bass; 1987.

# Allegato 1

## Questionario

### Questionario Europeer

Le domande di seguito elencate sono state rivolte agli operatori del progetto ed ai peer educator. Le domande rivolte a responsabili politici, intermediari e consulenti non sono state incluse nel presente allegato poiché sono stati utilizzati appositi questionari adattati ad ogni singolo progetto od approccio.

### Addetti e coordinatori del progetto

#### Il contesto generale del progetto

- Fornite una descrizione del gruppo target in oggetto al progetto.
- Quali sono gli scopi e gli obiettivi del progetto?
- Fornite una descrizione del modello operativo del progetto ed indicate come esso è stato attuato.
- Quali sono i presupposti teorici e pratici del progetto?
- Quali altri programmi od interventi sono previsti per il gruppo target?
- Secondo voi, che tipo di risultati o effetti potrà produrre il progetto?
- Come pensate di poter verificare che i suddetti risultati o effetti sono stati effettivamente conseguiti?
- Chi fornisce i fondi necessari al progetto e come si è agito per ottenerli?

#### Il Progetto

- Quando e come è stato avviato il progetto e quali sono i vostri programmi futuri relativamente al progetto stesso?
- Fornite una descrizione di come sono stati reclutati i peer educator.
- Fornite una descrizione dei percorsi formativi dei peer educator.
- Indicate se i peer educator hanno in generale deciso di continuare ad operare nell'ambito del progetto o se al contrario vi è stato un alto tasso di abbandono.
- Secondo voi, quali sono le motivazioni che spingono i peer educator a partecipare e continuare le attività progettuali?
- Descrivete in che misura i peer educator sono attivi ed impegnati nel progetto e nei processi decisionali.
- Descrivete le persone che si occupano del progetto ed i loro singoli ruoli.
- Indicate se in questo progetto è coinvolta anche la comunità locale ed in quali forme.
- Esiste un rapporto di coesione tra i vari addetti al progetto?
- Secondo voi si tratta di un progetto 'solido' che ha la possibilità di sopravvivere nel tempo?

#### La Valutazione

- Fornite una descrizione delle metodologie (formativa, di processo o di impatto) che sono state o sono utilizzate.
- Quali sono i risultati ottenuti? Come vengono utilizzati e da chi?

## I Peer educator

- Come siete divenuti peer educator?
- Per quali motivi avete deciso di partecipare al progetto?
- Fornite una descrizione dei percorsi formativi cui avete partecipato.
- Su cosa vi proponete di intervenire personalmente nel lavoro di peer educator?
  - Risolvere il 'problema' in questione (cioè i comportamenti a rischio).
  - Quanto viene fatto per affrontare il problema.
  - Le abilità e le conoscenze necessarie per affrontare il problema.
- Cosa avete fatto finora e cosa state facendo come peer educator?
- Quale tipo di aiuto ricevete nel vostro lavoro?
  - Sostegno da parte dei supervisori.
  - Sostegno psicologico.
  - Risposte alle vostre domande.
- Come reagiscono i vostri coetanei al fatto che siete impegnati come peer educator:
  - Gli amici (o i genitori):
  - Altri coetanei o i compagni di scuola:
- Che effetto ha avuto su di voi questa scelta? Vi ha cambiato in qualche modo?
- Come procede la comunicazione tra voi e:
  - gli altri peer educator.
  - gli intermediari.
  - i responsabili del progetto (adulti).
- Che tipo di influenza potete esercitare sul processo decisionale?
- Cosa vi piacerebbe cambiare del progetto o quali ruoli vorreste modificare per poter lavorare meglio?
- Quale significato ha per voi l'HIV?

# Allegato 2

## Progetti intervistati per la redazione di queste Linee guida

I progetti di seguito indicati sono stati intervistati dall'autore nel periodo tra aprile e settembre 1997. Salvo diversamente indicato, gli intervistati comprendevano peer educator, addetti al progetto, intermediari e consulenti esterni quali i valutatori. Si indica inoltre la qualifica dei responsabili politici intervistati in ciascun paese.

### Austria

- 'Peers educators/Kondoautomatenprojekt II', Steirerische AIDS Hilfe, Graz
- 'HIV Peer education an der Universitat Graz', Univesitatklinikum Graz, Graz

*Sono stati intervistati responsabili politici nazionali.*

### Francia

- 'Formation par le pairs', Prévention de la Mutualité de Bourgogne et ARCAT-Sida Parigi (intervistati il coordinatore, il formatore ed il valutatore)
- '3000 scénarios contre un virus', CRIPS – Ile-de-France, Parigi (intervistati coordinatore e valutatore)

*Sono stati intervistati responsabili politici nazionali e regionali.*

### Germania

- 'InTeam', Senatsverwaltung fur Gesundheitsforderung und AIDS-Pravention fur junge Menschen und Freie Univesitat Berlin, Berlino

*Sono stati intervistati responsabili politici nazionali.*

### Grecia

- 'Prevenzione dell'AIDS nella scuola secondaria con il metodo di Peer education', Dipartimento di Sanità Pubblica ed Amministrativa, Scuola Nazionale di Salute Pubblica, Atene

*Sono stati intervistati responsabili politici nazionali.*

### Irlanda

- Programmi pilota coordinati dalla National Youth Federation; National Youth Federation; Health Promotion Unit, Ministero della Sanità (Sono stati intervistati il coordinatore ed il formatore)
- Peer education project presso lo Youthreach Transition Centre, Dublino

*Sono stati intervistati responsabili politici nazionali.*

## Italia

- 'Progetto Imola Scuole', Dipartimento di Sanità Infantile, Imola (sono stati intervistati il coordinatore ed il valutatore)
  - Progetto scolastico presso l'Istituto tecnico Commerciale Statale 'Rino Molinari', Sant'Arcangelo di Romagna
  - 'Redazione Studenti On-line', Ministero della Pubblica Istruzione, Roma
- Sono stati intervistati responsabili politici nazionali, regionali e locali.*

## Portogallo

- PROJAS – 'Projecto Jovenes Animadores de Saude', Centro de Saude da Moita, Moita
  - Peer education project della Scuola Secondaria di Alfragide, Ministero dell'Istruzione, Lisbona
  - Peer education project della Scuola Secondaria di Alvide, Ministero dell'Istruzione, Cascais
  - AJPAS – 'Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudavel', Amadora
  - 'Youth Health Promotors Project'. Instituto Portugues da Juventude, Lisbona (intervistati coordinatore ed intermediari)
- Sono stati intervistati i responsabili politici nazionali e regionali.*

## Spagna

- Progetto delle associazioni giovanili presso il Consejo de la juventud de la comunidad de Madrid, Madrid
- Sono stati intervistati responsabili politici nazionali.*

## Svezia

- 'Projekt 6 (sex)', Università di Lund, Lund
- Sono stati intervistati responsabili politici nazionali e locali.*

## Paesi Bassi

- 'SeXplain', Servizi sanitari municipali, Dip. Malattie Infettive, Rotterdam
- Sono stati intervistati responsabili politici locali.*

## Regno Unito

- 'The Pupil-led Sex Education Project', University of London, IBIS Trust and University College London, Londra (Non sono stati intervistati i peer educator)
- South Camden sex education project for young Muslim women (per le giovani donne musulmane), IBIS Trust, Chesham, Buckinghamshire
- 'A Pause', Dept. of Child Health, University of Exeter, Exeter (Intervistato il coordinatore del progetto)
- 'Norwich HIV/AIDS Peer education Project', East Norfolk Health Authority, Norwich (Sono stati intervistati il coordinatore ed il formatore)

## Scozia

- 'Peer education Project', Fife Healthcare NHS Trust Health Promotion, Leve, Fife
- Sono stati intervistati responsabili politici nazionali e regionali.*

# Allegato 3

## Carta di Ottawa per la promozione della salute

Il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute, riunitosi a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta questa CARTA propositiva per la conquista dell'Obiettivo Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre.

La Conferenza è stata soprattutto una risposta all'esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute. La discussione si è incentrata sui bisogni dei paesi industrializzati, senza però trascurare le situazioni consimili nel resto del mondo. Suo punto di partenza sono i progressi registrati grazie alla Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria di Base, al documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'Obiettivo Salute per Tutti e al recente dibattito dell'Assemblea Mondiale della Sanità sull'intervento intersettoriale per la salute.

### Promozione della salute

Per promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere.

### Requisiti della salute

Condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, un tetto, l'istruzione, il cibo, il reddito, un ecosistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute deve essere necessariamente e saldamente ancorato a questi requisiti.

### Sensibilizzare

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla. L'azione di promozione si propone di indirizzarli in senso positivo attraverso un'intensa campagna di sensibilizzazione.

### Fornire i mezzi

La promozione della salute mira soprattutto alla eguaglianza nella salute. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, assicurando a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute. Questo comprende: un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute. Non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare tutto ciò che la determina: questo vale in eguale misura per le donne e per gli uomini.

### Mediare

I requisiti e le potenzialità della salute non possono essere garantiti dal solo settore sanitario. Non soltanto: la promozione della salute impone il coordinamento dell'azione di tutti gli organismi interessati: i governi, i settori sanitari, sociali e economici, le organizzazioni volontarie non ufficiali, le autorità locali, l'industria e i

mezzi di comunicazione. Il problema riguarda tutti – indipendentemente dalla loro condizione – sul piano individuale, familiare e comunitario. Compito imprescindibile dei gruppi professionali e sociali, e del personale sanitario, è la mediazione dei diversi interessi presenti nella società ai fini della promozione della salute.

Le strategie e i programmi di promozione della salute devono adattarsi alle condizioni e alle esigenze locali dei singoli paesi o regioni, tenendo conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

### Promuovere la salute significa:

#### *Costruire una politica pubblica per la tutela della salute*

La promozione della salute va oltre la mera assistenza sanitaria. Essa porta il problema all'attenzione dei responsabili delle scelte in tutti i settori, a tutti i livelli, invitandoli alla piena consapevolezza delle conseguenze sul piano della salute di ogni loro decisione, e a una precisa assunzione di responsabilità in merito.

Nella politica di promozione della salute si fondono componenti diverse ma complementari quali la legislazione, i provvedimenti fiscali e la modifica dei criteri organizzativi, in un'azione coordinata diretta a imporre politiche sanitarie, sociali e dei redditi ispirate a una maggiore equità. L'azione comune contribuisce a garantire prodotti e servizi più sani e sicuri, servizi pubblici più sani, e ambienti più igienici e accoglienti.

La politica di promozione della salute richiede di identificare gli ostacoli che impediscono l'adozione di una politica pubblica che tuteli la salute in tutti i settori non sanitari, e i modi migliori per rimuoverli. Occorre far sì che anche per i responsabili politici la scelta della tutela della salute divenga la scelta più facile.

#### *Creare ambienti capaci di offrire sostegno*

Le società contemporanee sono complesse e interdipendenti. La salute non può essere un obiettivo isolato. Il legame inestricabile tra l'uomo e l'ambiente costituisce la base di un approccio socio-ecologico al problema della salute. Si tratti del mondo intero, di una nazione, di una regione o di una comunità, il principio informatore generale deve tendere sempre al sostegno reciproco – dobbiamo aver cura gli uni degli altri, della nostra comunità e dell'ambiente naturale. La tutela delle risorse naturali in tutto il mondo va ribadita come responsabilità globale.

Il mutare dei modelli di vita, del lavoro e del tempo libero influisce in modo decisivo sulla salute. Lavoro e tempo libero devono divenire fonti di benessere per tutti. Il modo stesso in cui la società organizza il lavoro deve contribuire a renderla più sana. Dalla promozione della salute derivano condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti, gratificanti e piacevoli.

Una valutazione sistematica dell'incidenza sulla salute di un ambiente in via di rapida trasformazione – in particolare nei settori della tecnologia, del lavoro, della produzione di energia e dell'urbanizzazione – risulta indispensabile e ad essa deve seguire un'azione tesa a garantire sicuri benefici per la salute di tutti. Ogni strategia di promozione della salute deve tener conto della tutela dell'ambiente naturale e degli insediamenti, nonché della conservazione delle risorse naturali.

#### *Rafforzare l'azione della comunità*

E'attraverso l'azione comunitaria concreta ed efficace che la promozione della salute può stabilire priorità, prendere decisioni e progettare e realizzare strategie tese al miglioramento della salute. Momento centrale di questo processo è il potenziamento della comunità, per renderla veramente padrona e arbitra delle sue aspirazioni e del suo destino.

Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per favorire l'autosufficienza e la solidarietà sociale, e per elaborare sistemi flessibili diretti al rafforzamento della partecipazione e della gestione diretta dei problemi relativi alla salute. Per questo occorre garantire l'accesso libero e costante a tutte le informazioni, opportunità di conoscenza in tema di salute, nonché un adeguato supporto finanziario.

#### *Sviluppare le capacità personali*

La promozione della salute favorisce lo sviluppo personale e sociale fornendo informazione, istruzione sul problema della salute e preparazione generale. Aumenteranno così per tutti le possibilità di esercitare maggiore controllo, e di operare scelte precise, riguardo la propria salute e l'ambiente.

E'essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad apprendere per tutto il corso della vita, preparandosi ad affrontarne le diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche, apprendimento che dovrà essere favorito dalla scuola, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni comunitarie. Occorre intervenire sugli organismi scolastici, professionali, e commerciali, e su quelli del volontariato, nonché sulle stesse istituzioni.

### *Riorientare i servizi sanitari*

La responsabilità per la promozione della salute all'interno dei servizi sanitari ricade ad un tempo sugli individui, sui gruppi comunitari, sugli operatori della sanità, sulle istituzioni del servizio sanitario e sui governi. Solo dalla loro collaborazione potrà nascere un sistema di assistenza capace di contribuire alla conquista della salute.

Il settore sanitario dovrà agire in misura sempre maggiore nella prospettiva della promozione della salute, al di là della mera offerta di servizi clinici e curativi. Il mandato dei servizi sanitari dovrà estendersi a comprendere la ricettività e la sensibilità alle esigenze culturali, rispondendo al bisogno individuale e comunitario di una vita più sana, e aprendo canali di comunicazione tra il settore sanitario e le più vaste componenti sociali, politiche, economiche e ambientali.

Riorientamento dei servizi sanitari significa anche maggiore attenzione per la ricerca e per le trasformazioni nella preparazione e nell'addestramento professionale. L'atteggiamento e l'organizzazione dei servizi sanitari dovranno cambiare, restituendo la priorità ai bisogni globali della persona intesa nella sua totalità.

### Verso il futuro

La salute viene creata e vissuta da tutti nella sfera della quotidianità: l'apprendimento, il lavoro, il gioco, l'amore. La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri, acquisendo la capacità di prendere decisioni e di assumere il controllo delle circostanze della vita, e facendo in modo che la società in cui si vive consenta la conquista della salute per tutti i suoi membri.

L'impegno, una strategia organica di supporto e l'attenzione all'ecologia sono fattori essenziali allo sviluppo della promozione della salute. Per chi se ne occupa, il principio ispiratore dovrà dunque essere che in ogni fase della progettazione, della realizzazione e della valutazione della promozione della salute, uomini e donne devono agire insieme su un piano di assoluta parità.

### L'impegno per la promozione della salute

I partecipanti al Congresso si impegnano:

- a scendere in campo nella battaglia per una politica pubblica di tutela della salute, chiedendo un esplicito impegno politico per la salute e la giustizia in tutti i settori;
- a reagire alle pressioni che favoriscono prodotti dannosi, spreco delle risorse, condizioni di vita e ambientali malsane, e cattiva alimentazione; a richiamare l'attenzione delle istituzioni su questioni di tutela della salute attinenti l'inquinamento, la nocività del lavoro, i problemi dell'alloggio e dei nuovi insediamenti;
- a colmare le disparità sul piano della salute all'interno di ogni società, e tra una società e l'altra, lottando contro le disuguaglianze nella salute create dalle norme e dalle consuetudini delle società stesse;
- a riconoscere le persone stesse come la maggiore risorsa per la salute; ad aiutarle e incoraggiarle a tutelare la salute propria, quella della famiglia e dei conoscenti, attraverso finanziamenti ed altro; ad accettare la comunità come principale interlocutore per quanto concerne la sua salute, le sue condizioni di vita e di benessere;
- a riorientare i servizi sanitari e le loro risorse in direzione della promozione della salute, e a condividere il potere decisionale con altri settori, altre discipline e, in particolare, con gli stessi utenti dei servizi;
- a riconoscere nella salute e nella sua tutela un fondamentale investimento sociale, e una sfida decisiva, nonché ad affrontare in modo globale il problema ecologico del nostro modo di vita.

Il Congresso invita tutti gli interessati ad aderire al suo impegno in una solida alleanza per la salute.

### Appello all'azione internazionale

Il Congresso esorta l'Organizzazione Mondiale della Sanità ed altri organismi internazionali a sostenere la promozione della salute in tutte le sedi interessate, e ad aiutare i singoli paesi ad elaborare e realizzare strategie e programmi di promozione della salute.

Il Congresso è fermamente convinto che se la gente di ogni condizione, le organizzazioni non governative e volontarie, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e ogni altro organismo interessato uniranno le loro forze per realizzare strategie di promozione della salute, nel rispetto dei valori morali e sociali che costituiscono la base di questa CARTA, la Salute per Tutti entro il 2000 diventerà una realtà.

## Prima conferenza sul Network europea delle scuole che promuovono salute - HPS

'La scuola che promuove la salute - un investimento in educazione, salute e democrazia'  
Salonicco-Halkidiki (Grecia), 1-5 maggio 1997

### Risoluzione della conferenza

*Tutti i bambini ed i giovani dovrebbero avere il diritto e l'opportunità di essere educati in una scuola che promuova la salute*

L'evidenza ci dimostra che i determinanti rispettivamente dell'educazione e della salute sono inscindibilmente collegati. Agisce qui una dinamica che non può essere ignorata se si vuole proteggere e sostenere l'educazione e la salute della nostra popolazione giovane. Il network europea delle scuole che promuovono salute ha indicato che il successo dello sviluppo delle politiche, dei principi e dei metodi dell'HPS ha contribuito significativamente alle esperienze educative di tutti i giovani che in queste scuole vivono e apprendono. La scuola che promuove la salute ha dimostrato di essere un investimento sia a livello di educazione che a livello di salute. Inoltre il network ha un maggiore impatto positivo su tutti coloro che insegnano amministrano, mantengono e supportano le scuole e la comunità in cui sono inserite.

Le scuole rappresentano un importante elemento di forza per la creazione di una generazione che abbia grandi aspettative e alti obiettivi educativi. L'HPS avrà un impatto sostanziale nella riduzione delle disuguaglianze sociali, attraverso un contributo alla salute ed all'assistenza dell'intera popolazione.

L'HPS si basa su un modello sociale di salute. Questo enfatizza l'intera organizzazione all'interno delle scuole oltre a focalizzare la propria attenzione sugli individui. Al centro del modello vi è il ragazzo che è visto come un individuo completo con un suo sviluppo dinamico. Tale approccio determina un ambiente sociale altamente supportante che influenza le visioni, le percezioni e le azioni di quanti vivono, lavorano, giocano e apprendono nelle scuole. Questo genera un clima positivo che influenza il modo in cui si strutturano le relazioni, si prendono fra i giovani le decisioni, e si sviluppano i valori e le loro attitudini.

La presente Risoluzione della Conferenza, che determina l'azione governativa per il pieno ampliamento del concetto delle "HPS" in tutta Europa, è stata adottata dalla Conferenza del network europea HPS. La Risoluzione ha il compito di stimolare la formulazione di politiche inclusa la legislazione. La Risoluzione definisce i principi e le azioni necessarie per realizzare l'intero potenziale dell'HPS.

Questa Conferenza pone l'urgenza ai governi dei paesi europei di adottare il concetto dell'"HPS" e li chiama a creare le condizioni perché i principi di seguito espressi possano essere tradotti in pratica.

#### 1 *Democrazia*

L'École-santé repose sur des principes démocratiques propices à l'apprentissage, à l'épanouissement personnel et social, et à la santé.

#### 2 *Equità*

L'école-santé fait en sorte que le principe d'équité imprègne la scolarité. Cela garantit que les écoles sont exemptes d'oppression, de crainte et de ridicule. L'école-santé offre à tous l'égalité d'accès à toutes les possibilités de l'enseignement. Le but de l'école-santé est de favoriser le développement affectif et social de chaque individu, en lui permettant de réaliser pleinement son potentiel en l'absence de toute discrimination.

#### 3 *Empowerment e competenza all'azione*

L'école-santé améliore les aptitudes des jeunes à agir et à provoquer des changements. Elle est un cadre dans lequel les élèves peuvent, avec le concours de leurs enseignants et d'autres, avoir le sentiment d'accomplir quelque chose de valable. L'attribution aux jeunes de moyens d'agir, liée à leurs conceptions et à leurs idées, leur permet d'influencer leur vie et leurs conditions de vie. On obtient ce résultat grâce à des politiques et à des pratiques d'enseignement bien conçues, qui permettent de participer à la prise de décisions essentielles.

#### 4 *L'ambiente scolastico*

L'École-santé met l'accent sur l'environnement, tant physique que social de l'école, car il s'agit d'un facteur crucial pour promouvoir et maintenir la santé. Cet environnement devient une ressource inestimable en vue d'une promotion de la santé efficace, grâce à des politiques qui favorisent le bien-être. Pour cela, il faut notamment élaborer des mesures relatives à la santé et à la sécurité, surveiller leur application et mettre en place des structures de gestion appropriée.

#### 5 *Curriculum*

Le programme des cours de l'école-santé permet aux jeunes d'apprendre et de comprendre, et d'acquérir des compétences essentielles dans la vie. Le programme doit être adapté aux besoins des jeunes, en ce qui concerne tant le présent que l'avenir, stimuler leur créativité, les encourager à apprendre et leur permettre de se doter des aptitudes nécessaires pour l'apprentissage. Le programme d'une école-santé est également une source d'inspiration pour les enseignants et les autres personnes qui travaillent dans l'école. Il stimule également leur épanouissement personnel et leur développement professionnel.

#### 6 *Formazione degli insegnanti*

La formation des enseignants est un investissement non seulement dans l'éducation mais également dans la santé. La législation, renforcée par des incitations appropriées, doit guider les structures de la formation initiale et en cours d'emploi des enseignants, en utilisant le cadre conceptuel de l'école-santé.

#### 7 *Misura del successo*

Les écoles-santé évaluent l'efficacité de leurs actions sur l'école et sur la communauté locale. La mesure du succès est un moyen de soutenir les parties intéressées et de leur conférer des pouvoirs; il s'agit d'un processus qui permet d'appliquer de la façon la plus efficace les principes sur lesquels repose l'école-santé.

#### 8 *Collaborazione*

Un partage des responsabilités et une collaboration étroite entre les ministères, en particulier ceux de l'enseignement et de la santé, sont indispensables pour la planification stratégique concernant l'école-santé. Le partenariat qui existe au niveau national se retrouve aux niveaux régional et local. Il faut définir clairement pour toutes les parties quels sont les rôles et responsabilités de chacun et qui doit rendre compte de son action et à quelles instances.

#### 9 *Comunità*

Les parents et la communauté locale doivent jouer un rôle essentiel dans l'adoption, le soutien et le renforcement de la notion de la promotion de la santé à l'école. Lorsque les écoles, les parents, les organisations non gouvernementales et la communauté locale coopèrent, ils représentent une force puissante de changement positif. En outre, il y a alors plus de chances que les jeunes deviennent des citoyens actifs dans leur communauté locale. Ensemble, l'école et la communauté influenceront de façon positive la création d'un environnement social et physique favorable à une meilleure santé.

#### 10 *Viabilità*

Tous les niveaux des pouvoirs publics doivent affecter des ressources à la promotion de la santé dans les écoles. Cet investissement contribuera à un développement viable à long terme pour la communauté. En échange, la communauté locale des écoles deviendra de plus en plus une ressource pour celles-ci.

### Investir dans l'avenir

Ces principes font partie de la notion et de la pratique de l'école-santé. Ils offrent la base de l'investissement dans l'enseignement, la santé et la démocratie pour les générations futures.

La Conférence demande à la Commission européenne, au Conseil de l'Europe et au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de continuer à soutenir et à guider ces importantes activités. La Conférence demande aux trois organisations de donner suite à la présente résolution.

*Chaque enfant devrait maintenant jouir du droit de bénéficier de l'initiative école-santé.*

'Dopo lunga attesa possiamo finalmente disporre di un documento che affronta tutte le problematiche più importanti della Peer education, che sono state analizzate e dibattute nei singoli paesi europei, sia individualmente che congiuntamente. L'autore ha potuto raccogliere molti dati grazie ad un intenso lavoro di ricerca e di attività condotte sul campo, stimolando la riflessione in molti diversi settori. Questa preziosa fonte di conoscenza testimonia lo sviluppo del sapere e delle esperienze in tutta Europa. E' stato detto che la Peer education non è solo una scienza, ma rappresenta un meraviglioso modo di lavorare con le persone. Queste Linee guida lo confermano. Esse possono essere un grande aiuto per ognuno di noi!'

William Miller, Senior Health Promotion Officer  
Fife Healthcare, NHS Trust, Scozia.