

Giovanna Boda,* Gary Svenson**

Life Skills e Peer Education nel contesto europeo ed italiano

I giovani protagonisti nell'educazione alla salute a scuola

Dal rapporto OMS (2001) emerge come

siano in atto nella società europea profondi cambiamenti di natura culturale, politica ed economica che incidono fortemente sugli stili di vita e sull'organizzazione sociale; molti giovani non posseggono capacità adeguate ad affrontare le richieste sempre più gravose e gli stress di cui fanno esperienza; di fronte all'ingerenza dei mass-media e alla velocità del cambiamento sociale, i meccanismi tradizionali (fattori familiari e culturali) per far apprendere ed incrementare le life skills si rivelano inefficaci rispetto ad aspettative, valori e opportunità così diversi da quelli dei genitori.

Le statistiche relative all'incidenza di problemi sociali e sanitari correlati al benessere mentale e al comportamento (Rapporto OMS 2001) dimostrano la diffusione di comportamenti dannosi o a rischio anche nelle fasce di età infantile e preadolescente, diffusione ed uso di sostanze stupefacenti, aumento della percentuale di casi di tentativi di suicidio fra gli adolescenti, incidenza di disordini psichici infantili e problemi psicologici, diffusione di casi di bullismo.

In tale situazione sia la Comunità Europea, sia l'OMS individuano *la scuola come contesto educativo privilegiato* in cui realizzare programmi di prevenzione, d'integrazione e di promozione dell'educazione alle *life skills*, in conformità con la Convenzione per i Diritti dell'Infanzia (1989) che all'articolo 29 recita:

L'istruzione dovrà essere diretta allo sviluppo della personalità del bambino, alle sue capacità fisiche e mentali nel loro potenziale più completo...per una vita responsabile in una società libera, nello spirito della comprensione, pace, tolleranza, uguaglianza dei sessi, amicizia.

Per realizzare il compito irrinunciabile e tradizionale dell'alfabetizzazione cognitiva la scuola deve, contemporaneamente, perseguire anche l'obiettivo irrinunciabile dell'alfabetizzazione emotiva e sociale (Boda 2001).

Ciò comporta per gli insegnanti il dovere di accompagnamento dei giovani, non solo nel mondo della cultura ma nella vita della scuola e della società organizzata per facilitare i percorsi, evitare gli insuccessi, rafforzare le motivazioni alla crescita (Carta Europea di Roma, 1994).

Saper motivare i propri studenti è il compito più delicato e strategico del docente che deve considerare come la motivazione richieda soprattutto la capacità di armonizzare gli scopi individuali con le attività programmate per la classe presentandole come idonee a raggiungere le mete individuali.

Bisogna saper cogliere l'importanza dei nessi di interdipendenza che, a livello individuale, pongono in relazione la sfera dei motivi e delle realizzazioni con la sfera dei sentimenti personali di competenza, stima e fiducia. (Da Gian Vittorio Caprara, Le ragioni del successo, il Mulino, Bologna, 1996)

L'istituzione scolastica, quindi, è chiamata a modificare profondamente il suo ruolo: non solo l'istruzione ma l'ascolto dei bisogni individuali, il sostegno psicologico, la comprensione e la promozione della persona.

Nel contesto innovativo che ne deriva, l'educazione alle *life skills* è essenziale all'implementazione dell'efficacia personale e collettiva e quindi allo sviluppo e al mantenimento dell'*agio psicosociale* (Svenson, 2001); rispetto alle strategie di prevenzione esclusivamente informative, consente un approccio olistico all'educazione alla salute basato sulla formazione delle competenze psicosociali e sulla responsabilizzazione dei giovani per la promozione del "bene-essere" personale e collettivo,

rappresenta il riconoscimento del diritto-dovere dei giovani ad assumere la responsabilità della propria salute e del proprio percorso formativo e ad intraprendere azioni positive per sé, promuovendo relazioni sociali costruttive ed efficaci. (WHO,1993)

Dal 1997 l'Unione Europea promuove la realizzazione di progetti di prevenzione alla salute che utilizzino la peer education come metodologia privilegiata per i giovani dai 13 ai 19 anni per acquisire e sviluppare le life skills. Attraverso una serie di incontri internazionali, a cui hanno partecipato delegati delle diverse nazioni, si è arrivati all'elaborazione delle guidelines europee (1998) che necessitano di essere calate nella realtà locale e di essere concretizzate in azioni educative contestualizzate.

Nel 1998 quindici stati membri della Comunità Europea, la Repubblica Ceca, l'Unicef, l'WHO Europe e l'UNAIDS hanno costituito un network con l'intento di riunire, in una ampia e variegata coalizione di progetto,

esperti, giovani, ricercatori, associazioni e ministeri dell'educazione e della sanità per sviluppare nuove linee guida per un intervento sistematico e significativo nell'ambito dell'educazione alla salute e della prevenzione del disagio giovanile, in cui i giovani fossero chiamati ad agire da protagonisti nell'esercizio del diritto-dovere alla tutela della salute personale e collettiva. A tal fine è stato elaborato il programma "Europeer", definito "*Piano di azione congiunta europea sulla peer education tra i giovani all'interno e all'esterno del contesto scolastico*" la cui realizzazione è entrata attualmente nella sua terza fase. Nella prima fase sono state delineate le linee guida internazionali su cui modellare i percorsi formativi realizzati dai singoli partners in diversi contesti educativi. Nella seconda fase, che si è conclusa nel mese di Marzo 2002, ogni Paese dell'Unione Europea ha condotto su scala nazionale un'analisi dei bisogni tra i giovani e attualmente si sta elaborando una mappatura dei progetti e della letteratura di ricerca. Nel corso dell'anno gli stati membri si sono preparati a istituire appositi Centri Nazionali e la Commissione Europea sta provvedendo ai finanziamenti per la terza fase. La mission educativa condivisa dal network dei Paesi membri è la seguente: "*La mission del Network Europeer è di sostenere, promuovere e sviluppare in Europa le iniziative di peer education tra i giovani focalizzate sull'educazione alla salute e sulla promozione e raggiungimento delle life skills affrontandone le relative problematiche*". Il network sostiene e promuove, in accordo con quanto previsto dalla Convenzione ONU (1989) sui diritti dei minori, il principio che riconosce nei giovani la base su cui fondare lo sviluppo delle politiche riguardanti la salute e i progetti nazionali per la lotta al disagio scolastico e sociale. Nei Paesi dell'Europa dell'Est, dove spesso la situazione dei giovani in relazione ai temi dei diritti e della salute è particolarmente grave (Unicef 2001), la rete Europeer è al momento impegnata nella valutazione e nello sviluppo della peer education e dell'educazione alle life skills per conto delle Nazioni Unite.

Secondo le guidelines internazionali (Svenson 1999) la peer education favorisce l'acquisizione delle competenze psicosociali in quanto permette ai ragazzi di assumere un ruolo attivo, da protagonisti, nella loro formazione ed attiva canali di comunicazione più efficaci favorendo anche nel contesto scolastico relazioni positive con il gruppo dei pari. I giovani diventano

risorsa per l'implementazione dei programmi di prevenzione (Svenson 2001). *Per la scuola europea si tratta di affrontare veramente una "rivoluzione copernicana" che sposta il centro dell'azione dal programma allo studente, dal docente al gruppo classe.* Perché l'insegnamento delle competenze psicosociali possa divenire parte integrante dei curricula scolastici europei, la scuola richiede ai docenti una profonda trasformazione professionale che dia vita ad un diverso rapporto con gli studenti, con i colleghi, con i genitori. Assumendo la funzione di *mediatore e facilitatore* dell'apprendimento il docente svolge un ruolo fondamentale nella vita dei propri studenti, quale educatore che orienta il processo formativo (Boda 2001). Rispetto alla didattica tradizionale, basata su metodi espositivi collegati alla trasmissione d'informazioni (lezione, conferenza, tavola rotonda), si devono privilegiare metodologie didattiche attive di tipo euristico ed esperienziale che impegnano l'insegnante e lo studente in un processo dinamico che permette allo studente di essere soggetto consapevole e responsabile dell'apprendimento, "protagonista del proprio successo formativo" (DPR 249 /98).

Principali attività del docente nel processo di apprendimento delle life skills

- 1) iniziare da esperienze personali
- 2) favorire lo scambio e il confronto di idee con gli altri
- 3) lavorare su compiti di problem solving
- 4) definire gli obiettivi intermedi
- 5) far riflettere sull'apprendimento personale
- 6) pianificare insieme le attività successive
- 7) condividere i criteri di valutazione

Alla luce di quanto abbiamo esposto, la peer education costituisce una delle strategie particolarmente efficaci per l'educazione alle *life skills* in ambiente scolastico poiché è uno strumento pedagogico innovativo ed

alternativo che può rivoluzionare il rapporto tradizionale insegnante/allievo, “*trasformando*” *gli studenti in agenti di cambiamento*. Essi infatti assumendo varie iniziative appositamente predisposte per coinvolgere i coetanei diventano veri e propri agenti di cambiamento delle conoscenze, degli atteggiamenti, delle credenze e dei comportamenti all’interno di un determinato gruppo target (Boda 2001). In tal modo viene implementata la ‘*comunicazione mirata fra coetaneo e coetaneo*’ che nasce dall’incontro tra le dinamiche relazionali spontanee del gruppo e l’azione educativa dei coetanei opportunamente formati; la peer education promuove l’instaurarsi di un rapporto di educazione reciproca, riduce la differenza fra sé e gli altri mediante modalità relazionali dirette e l’uso di un linguaggio comune, soddisfa la necessità di adeguare le informazioni alla specificità e alle necessità del gruppo, consente il passaggio da una comunicazione unidirezionale e centrata sul ricorso all’esperto ad una comunicazione bidirezionale e caratterizzata dal libero accesso alle informazioni. La peer education valorizza il gruppo classe e lo trasforma in una risorsa insostituibile per lo sviluppo e l’apprendimento delle *life skills* (Svenson–Tripp 2001).

“Essere gruppo” richiede capacità:

Impostazione e risoluzione dei problemi

Intellettuali	saper progettare saper comunicare efficacemente co-determinare regole e rispettarle
Di autoregolazione	assumere e rispettare impegni collaborare, contribuire al conseguimento di un risultato comune, fare le cose bene accettare e valorizzare tutti i membri del gruppo
Relazionali	ascoltare in modo profondo accettare e elaborare critiche costruttive essere assertivi

Nella promozione efficace del protagonismo giovanile come strumento e fine dei percorsi di prevenzione a scuola, il gruppo classe, i peer educator e i docenti tutor sono il perno intorno al quale ruota l’azione educativa (Svenson 2001).

La pianificazione delle attività di formazione alle *life skills* attraverso la peer education, deve prevedere il coinvolgimento dei giovani fin dalla fase progettuale e si articola nei seguenti momenti (Boda 2001):

- analisi dei bisogni ed individuazione degli obiettivi prioritari;
- creazione della coalizione di progetto idonea
- analisi della tipologia del gruppo classe;
- individuazione dei criteri per scegliere i peer educator
- individuazione dei docenti tutor
- sviluppo di un modello di progetto
- nomina di un coordinatore di progetto.
- definizione delle metodologie e dei tempi di valutazione
- sviluppo di un piano d'azione
- predisposizione delle attività di formazione dei peer educator
- predisposizione delle attività di sostegno
- predisposizione della formazione dei docenti
- realizzazione delle attività in classe

È importante definire obiettivi precisi e circostanziati che permettano di condurre un'azione ben definita e di enucleare indicatori e criteri di valutazione precisi che permettano di misurare l'efficacia dei processi (Svenson 2001). È indispensabile che l'obiettivo prescelto sia condiviso dalla classe e considerato determinante per il raggiungimento del benessere individuale e collettivo. Durante lo svolgimento del progetto i peer educator avranno modo di migliorare le proprie competenze psicosociali e grazie alla loro azione sarà possibile per gli adulti entrare in relazione più profonda con gli studenti non essendo percepiti come "invasori" del loro mondo per imporre i propri valori ma come facilitatori di apprendimento e presenze competenti a cui rivolgersi con fiducia perché capaci di ascolto senza pregiudizi. Se il piano d'azione deve essere puntuale, il modello di progetto va concepito come un insieme di azioni in grado di adattarsi e modificarsi in rapporto all'evoluzione delle dinamiche relazionali, agli esiti della valutazione in itinere e secondo i suggerimenti

dei peer educator. Nelle prime fasi del progetto potrebbe essere necessario un maggiore controllo da parte dei docenti tutor che progressivamente dovrebbe attenuarsi fino ad una maggiore autonomia dei peer educator nell'ambito del percorso e delle attività concordate insieme (Svenson, Tripp 2001).

Il programma Europeer: modelli teorici e di valutazione

All'interno del programma Europeer è difficile e complesso confrontare tra loro i vari progetti realizzati e valutarne i risultati poiché esistono notevoli differenze determinate dalle caratteristiche demografiche e dalla 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 le fasi di attuazione dei programmi, gli scopi e gli obiettivi dei progetti, i relativi percorsi di formazione e le diverse metodologie di valutazione impiegate. Tuttavia basandosi sulle guidelines, sulla letteratura di ricerca e sui vari monitoraggi internazionali effettuati (Svenson-Tripp, 2001) si possono individuare alcuni **modelli teorici** a cui fa riferimento la maggior parte dei Paesi Europei per realizzare i progetti di peer education in ambito di prevenzione della salute.

Il modello delle credenze in materia di salute (Danimarca, Francia, Belgio), sviluppato negli anni '50 e successivamente modificato con il passare degli anni, si basa sull'individuazione dei vari pattern di credenze personali ed è utilizzato per prevedere il comportamento di un individuo. In esso il concetto di credenza è definito come la convinzione che qualcosa è reale o potrà accadere. Il punto di forza di questa teoria consiste nel fatto che le persone possano essere convinte dai propri pari della gravità di una condizione e che diventino consapevoli della propria vulnerabilità. Le persone possono tentare di razionalizzare le proprie paure o creare "miti" per sfuggire a timori, ansia o ai propri sensi di colpa, la percezione del rischio è influenzata dagli atteggiamenti e dalle credenze del gruppo e può essere modificata. Questo modello privilegia l'intervento dei pari in materia di salute rispetto a quello dell'esperto e il coinvolgimento dei giovani in tutti i momenti di elaborazione e

realizzazione del progetto considerandoli parte integrante dell'equipe operativa.

La teoria socialcognitiva e il concetto di autoefficacia (Italia, Inghilterra, Germania) è illustrata nei contributi precedenti (Pastorelli, Gerbino e Giunta).

Il modello della “diffusione delle innovazioni e dei cambiamenti” (Spagna, Finlandia, Austria) si basa sulla teoria dell'influenza sociale per spiegare i cambiamenti comportamentali all'interno del gruppo target; ogni intervento educativo viene rivolto non solo a coloro che sono direttamente coinvolti nell'azione ma consente di diffondere in modo indiretto, attraverso le reti sociali che esistono attorno ad un gruppo target o una comunità, cambiamenti e novità quali nuove informazioni, attitudini, credenze e pratiche. Questa teoria prevede l'individuazione di alcuni peer educator che siano anche “opinion-leader” e che possano diventare agenti di cambiamento. I peer educator possono generalmente esercitare un'influenza sui coetanei con cui sono in contatto diretto (p.es. in una classe) ma sono anche in grado di raggiungere indirettamente, tramite le modalità di diffusione descritte, altri gruppi target all'esterno della classe.

La Scala della Partecipazione di Hart (1992): un modello per tutti i Paesi dell'Europa

La scala di Hart analizza, in ordine crescente, i diversi livelli di coinvolgimento e di partecipazione che gli studenti possono mettere in atto a scuola in relazione al modello di insegnamento-apprendimento adottato dai docenti.

Manipolazione. Se gli studenti non conoscono o non comprendono le problematiche dell'ambiente in cui sono inseriti, perché non sono stati adeguatamente informati, non possono partecipare in modo consapevole alla realtà che li circonda e più facilmente vengono condizionati e manipolati da parte degli adulti e del gruppo dei pari.

Marginalità. Si tratta del livello direttamente superiore alla “manipolazione”: gli studenti vengono indotti dagli adulti ad aderire ad un progetto già prestabilito come se l'iniziativa provenisse da loro stessi.

sostengono una causa fingendo che sia stata direttamente indicata dagli studenti. In tal modo i giovani sono strumentalizzati dagli adulti.

Rinforzo. Ai giovani viene data la possibilità di esprimere le proprie opinioni ma nella pratica le possibilità di scelta sull'argomento trattato ed il relativo stile comunicativo sono molto limitate e gli studenti hanno ben poche o addirittura nessuna possibilità di formulare proprie opinioni.

Subordinati ma ben informati. A questo livello possiamo parlare di partecipazione consapevole: i giovani comprendono gli scopi del progetto; sanno chi ha deciso di coinvolgerli e ne conoscono i motivi; svolgono un ruolo significativo; hanno accettato di partecipare al progetto dopo che ne sono stati spiegati i contenuti, gli obiettivi e i percorsi.

Consultati e informati. Il progetto è definito e gestito dagli adulti ma gli studenti ne comprendono i processi e le loro opinioni sono prese in seria considerazione per apportare modifiche ai programmi in atto.

I progetti vengono avviati dagli adulti, ma i giovani sono coinvolti nel processo decisionale

Iniziativa e gestione da parte di studenti. Il processo decisionale avviene condividendo le proprie opinioni con gli adulti. Progetti di questo tipo sono rari e non certo perché gli adolescenti non desiderino rendersi protagonisti ma principalmente perché sono poco consultati durante la fase di elaborazione dei programmi che li riguardano o perché non possiedono sufficienti strumenti ed occasioni di partecipazione attiva e consapevole ai vari momenti della vita scolastica.

Per quanto concerne **la valutazione dei progetti Europeer** presentiamo una breve panoramica delle più importanti metodologie di valutazione utilizzate nei progetti di peer education. La valutazione costituisce una risorsa ed un indispensabile feedback per i partecipanti al progetto, i responsabili dei coordinamenti scientifici ed i finanziatori. Essendo tutti i progetti di durata triennale o quinquennale i primi dati definitivi saranno pubblicati nel 2003. La valutazione dei percorsi in atto utilizza sia metodi qualitativi sia metodi quantitativi con l'intento di integrarli il più possibile in quanto "ognuno di questi metodi non è

necessariamente superiore agli altri” (Svenson 1999). Se da un lato gli operatori possono desiderare di comprendere, conoscere e valutare direttamente il progetto ed il gruppo target di cui si occupano, l’esperto che si occupa della valutazione è invece spesso interessato ad acquisire conoscenze che gli consentano di effettuare deduzioni e previsioni basate sul modello teorico di riferimento. Nel programma Europeer le valutazioni vengono spesso condotte da professionisti esterni esperti nelle metodologie valutative e non dagli operatori direttamente coinvolti ed è pertanto possibile che si creino dei conflitti fra queste due figure professionali. La peer education 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’.

Di seguito illustriamo i tre approcci metodologici al processo di valutazione più spesso utilizzati dai Paesi coinvolti nel programma anche se molte nazioni tendono ad integrare i diversi metodi o ad utilizzarli in modo diversificato a seconda delle richieste degli operatori e delle istituzioni coinvolte:

- il modello dell’operatore della prevenzione ‘riflessivo’ (Spagna, Austria e Finlandia)
- il modello per obiettivi (Francia, Danimarca, Belgio)
- il modello comparativo- sperimentale (Italia, Inghilterra, Germania)

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 in atto. 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 raggiunti dal progetto in rapporto alla situazione passata ed essere in grado di prevederne gli sviluppi futuri. Inoltre, in questo caso, l'operatore 'rimette a fuoco' la propria prospettiva sul progetto attraverso un dialogo continuo con i giovani del gruppo target, i peer educator, la coalizione di progetto e la comunità locale. Si tratta di realizzare contemporaneamente una valutazione sistematica dello stato di sviluppo del progetto e un processo di formazione ed aggiornamento degli operatori coinvolti. Il modello basato sugli obiettivi impone la definizione di scopi ed obiettivi progettuali misurabili, utilizza indicatori ed effettua misurazioni periodiche. Questo modello ha il vantaggio di essere pragmatico, di evidenziare i progressi compiuti e di essere di più facile comprensione per le istituzioni e gli operatori coinvolti; è, però, meno flessibile rispetto a quello dell'operatore della prevenzione 'riflessivo', fornisce poche informazioni sul rapporto causa-effetto (è debole nell'individuare il rapporto di causalità), richiede tempo, una preparazione specifica e potrebbe non essere rilevante per alcune tipologie di programmi di peer education. Il modello per obiettivi è efficace per ottenere informazioni che possano dare un contributo prezioso al progetto ma che non dimostrano in alcun modo se esso ha avuto esiti positivi. A tal fine è necessario strutturare la valutazione e l'analisi dei dati in modo tale da isolare l'effetto specifico dell'intervento progettuale e controllare l'eventuale effetto di altre variabili non progettuali. Il modello comparativo implica un disegno quasi sperimentale dove l'effetto dell'intervento sul gruppo target viene comparato con uno o più gruppi di controllo simili dove non è stato attuato alcun intervento. La rilevazione dei dati avviene periodicamente (modello test/retest).

Lo scopo consiste nell'individuare l'efficacia degli interventi attuati sul gruppo target che deve essere isolato da altri effetti di disturbo in modo da poter individuare il rapporto causa-effetto. 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. Ad oggi i progetti più rigorosi ed attendibili sono quelli che hanno individuato gruppi sperimentali e di controllo valutati per un periodo di almeno tre anni (Italia e Inghilterra). Gli svantaggi di tale procedura sono il costo

elevato, la difficoltà di utilizzo, i rischi di rallentare lo sviluppo del progetto e di non riuscire ad ottenere informazioni complete da parte di ogni soggetto del gruppo target per un periodo di tempo sufficiente alla rilevazione dei cambiamenti comportamentali. Nelle guidelines internazionali viene più volte ribadita l'importanza di un coinvolgimento maggiore dei giovani nei progetti che li riguardano anche durante la fase di restituzione dei dati che potrà, non solo migliorare qualitativamente il processo di valutazione, ma farà anche in modo che tali soggetti si sentano maggiormente partecipi e divengano “artefici” dei risultati ottenuti. Inoltre il linguaggio utilizzato nei questionari di valutazione può essere modificato ed adattato dai giovani in modo da essere di più facile comprensione, riflettere il loro linguaggio quotidiano ed i significati che i giovani attribuiscono ad esso. Altrettanto importante è formare gli operatori ad applicare le metodologie di valutazione e/o a sviluppare metodi di monitoraggio delle azioni intraprese di più facile utilizzo. Quando i risultati saranno stati analizzati essi potranno essere divulgati fra i partecipanti al progetto, i coordinatori tecnico-scientifici e gli enti finanziatori. Le nuove conoscenze acquisite in una comunità locale potranno essere utilizzate per dare forma a nuove decisioni sulle politiche giovanili e per promuovere nuove strategie di prevenzione rivolte ai giovani. Valutare significa esaminare sistematicamente e criticamente i processi e gli esiti di un progetto (Svenson 1998). Rispetto al programma Europeer le “domande” cui rispondere nell'ambito del processo di valutazione riguardano problematiche specifiche e sono definite dai ministeri dell'istruzione o della sanità che promuovono i progetti, dalle università coinvolte nella formazione dei peer educator, dalle istituzioni scolastiche ed extrascolastiche che realizzano i percorsi, dagli stessi partecipanti al progetto. L'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS sta per pubblicare un testo di facile consultazione dal titolo ‘Guidance for Practitioners on Evaluation of Health Promotion Initiatives’ (Guida per gli operatori 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-life skills per la promozione della salute. Una parte del testo viene dedicata al dibattito

scientifico in corso per stabilire se i metodi qualitativi siano da preferirsi ai metodi quantitativi. I metodi quantitativi consentono di descrivere i meccanismi di funzionamento della realtà e di scoprire un rapporto di causa-effetto tra i vari eventi e fenomeni; 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 a domande chiuse e/o aperte e di specifiche scale di valutazione. I metodi qualitativi hanno lo scopo di fornire informazioni approfondite e sistematiche sulle dinamiche progettuali e sul gruppo target di giovani. Gli strumenti maggiormente utilizzati sono le interviste, il diario, i focus group. La personale valutazione ed interpretazione dei fenomeni sono considerate essenziali per un’efficace riuscita del programma (Springett, 2002). I metodi qualitativi possono essere utili per comprendere le complesse dinamiche intrinseche ai percorsi di peer education e life skills che i soli metodi quantitativi non riescono interamente a cogliere data la complessità di questi modelli di intervento (Springett 2002). Il gruppo di ricerca internazionale “Europeer” ritiene che gli approcci qualitativo e quantitativo siano entrambi validi nel caso della peer education e che possano essere combinati secondo le specifiche esigenze dei diversi contesti educativi in cui ci si trova ad agire; la valutazione più efficace si realizza con due modalità che si integrano fra loro (Svenson 2001): la “valutazione formativa” in cui le rilevazioni effettuate in corso di progetto consentono agli addetti di acquisire conoscenze più approfondite al fine di migliorare i percorsi formativi in atto. La valutazione formativa si avvale dei metodi qualitativi e quantitativi. Ad esempio, è possibile effettuare un’indagine per individuare alcuni fattori 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 seconda modalità consiste nella “valutazione sommativa” (Svenson 2001) in cui sono effettuate rilevazioni ed analisi dei dati per misurare periodicamente l’effetto degli interventi progettuali sul gruppo target

analizzando sistematicamente i risultati ottenuti. La valutazione sommativa misura l'impatto del progetto e degli interventi progettuali sul gruppo target ed utilizza principalmente i metodi quantitativi a breve, medio e lungo periodo. I progetti di peer education implicano processi psicologici complessi e uno degli scopi principali della valutazione è proprio la comprensione dei processi stessi. I metodi più frequentemente utilizzati dagli Stati Europei per condurre le valutazioni dei processi includono: relazioni 'sul campo', indagini periodiche, perfezionamento degli interventi in corso, osservazioni da parte degli operatori e dei peer educators, interviste, dibattiti nell'ambito di focus group, questionari più o meno complessi. Gli operatori che lavorano nell'ambito della peer education tentano di comprendere le opinioni, gli stili di vita ed i problemi dei giovani. Per molti versi essi sono i mediatori tra il mondo giovanile e le istituzioni presso le quali operano gli adulti.

“Il ruolo di interfaccia fra giovani ed adulti, tra singoli ed organizzazioni, tra innovazione e burocrazia amministrativa richiede grande professionalità e sensibilità” (Svenson, Tripp 2002). Nella peer education questo significa lavorare a contatto continuo con il cambiamento ed adoperarsi per favorirlo ad ogni livello. Ciò implica che se non si ha il feed-back rigoroso e costante della valutazione è facile lasciarsi affascinare dalle proprie convinzioni e credenze. In tale contesto dobbiamo tener presente che è raro che si verifichino cambiamenti improvvisi nei comportamenti delle persone come effetto immediato delle attività di un progetto poiché il cambiamento è un processo graduale. A tale proposito Prochaska e Di Clemente (1999) sulla base dei risultati delle loro ricerche hanno individuato alcune variabili di mediazione, cioè, i fattori che possono influenzare i comportamenti delle persone in materia di salute. Essi affermano che una certa variabile di mediazione in grado di indurre un cambiamento comportamentale in un gruppo non necessariamente esercita lo stesso effetto in un altro gruppo target; per questo motivo consigliano di misurare l'influenza di tali variabili in ciascun gruppo sperimentale per poi confrontare i risultati ottenuti ed incrociarli con i dati rilevati su altre dimensioni psicologiche esaminate. Ecco alcuni esempi di variabili di mediazione che possono essere utilizzate:

- grado di conoscenza sulle tematiche specifiche previste dal progetto
- atteggiamenti pre-costituiti del gruppo su tali tematiche
- individuazione delle principali life skills inerenti le tematiche
- valutazione dell' auto-efficacia di ogni membro del gruppo target

Sintesi dei principali progetti attivati nell'ambito del Programma Europeer
Svenson e Tripp (2001) hanno realizzato un primo monitoraggio delle iniziative in atto nei diversi Stati europei che aderiscono al programma Europeer. Di seguito riportiamo alcune fra le esperienze più significative.

Austria

Sono in fase di implementazione e realizzazione otto programmi nazionali che hanno come obiettivo la prevenzione delle dipendenze e dell'AIDS. Responsabili dei progetti sono, per lo più, istituzioni pubbliche quali scuole, enti territoriali che si occupano di educazione alla salute ed alcune comunità per giovani tossicodipendenti. Tre progetti si distinguono dagli altri perché inseriti in strutture integrate sul territorio che si occupano non solo di prevenzione ma anche di recupero dei ragazzi tossicodipendenti. I percorsi formativi sono realizzati in orario extra-scolastico. Il metodo della peer education viene applicato in particolar modo all'apprendimento e allo sviluppo della gestione delle emozioni negative, dello stress e del problem solving. La durata media dei progetti è di due anni e mezzo – tre.

La valutazione dei programmi è qualitativa e viene realizzata dai distretti sanitari locali secondo quanto previsto dal “modello dell'operatore della prevenzione riflessivo”.

Belgio

È in atto un programma di peer education per la prevenzione del disagio psico-sociale rivolto a giovani di età compresa tra i 13 e i 19 anni. Le modalità di prevenzione che vengono utilizzate nascono da una definizione estesa di dipendenza (da sostanze e da comportamenti) e seguono principi dello sviluppo a lungo termine, dell'orientamento continuo volto allo sviluppo di risorse, di reti di servizi integrati sul territorio per controllare efficacemente i maggiori fattori di rischio. In questo programma le life

skills vengono definite e utilizzate come fattori importanti di protezione e uno degli obiettivi è quello di attuare strategie di prevenzione secondaria. “Le azioni vanno avviate lì dove si trova il problema, le interazioni devono essere colte nei contesti giovanili privilegiati: a scuola, nelle attività del tempo libero, durante le pratiche sportive, nei luoghi di ritrovo e di svago. Ogni azione preventiva rivolta ai giovani dovrebbe svolgersi il più vicino possibile ai luoghi dove i ragazzi arrivano e vivono” (A. Cocheez, europeer project manager). La valutazione dei dati viene realizzata dall’Osservatorio Nazionale sulla Droga attraverso questionari specifici per i singoli percorsi individuati seguendo le indicazioni del “modello per obiettivi”.

Danimarca

La maggior parte dei progetti si rivolge a studenti di età compresa fra i 14 e i 16 anni. Un terzo dei progetti prevede l’attivazione di percorsi formativi non solo nelle istituzioni scolastiche ma anche nei centri di aggregazione e nei circoli giovanili. I progetti si propongono di prevenire l’abuso di alcool. Obiettivi principali sono la promozione delle competenze psicosociali e in particolare lo sviluppo della capacità di resistere alle pressioni del gruppo. Le attività rivolte a gruppi di 15 studenti/giovani sono coordinate da tutor adulti individuati fra gli insegnanti delle scuole coinvolte o fra gli operatori sociali del territorio. Per i tutor e per i peer educators è previsto un percorso formativo elaborato ed organizzato dagli uffici territoriali del Ministero della Salute. La valutazione del programma è stata affidata all’Università di Studi Sociali di Copenaghen che segue il “modello per obiettivi”.

Finlandia

Il programma in corso di peer education e life skills di maggior rilievo è quello che viene svolto in ambito scolastico finanziato dal Ministero dell’Istruzione finlandese per gli studenti dagli 7 ai 18 anni di età. I principali obiettivi sono:

1. formare gli insegnanti e i genitori

2. creare nuove reti comunicative e migliorare la cooperazione tra studenti/insegnanti/genitori/amministrazione scolastica/istituzioni nazionali
3. mettere in pratica il "diritto di parola" da parte dei giovani su progetti che ne prevedono il coinvolgimento
4. condividere le responsabilità
5. rendere la comunità scolastica sensibile al tema delle dipendenze
6. rendere la scuola il luogo culturalmente più attrezzato per prevenire le dipendenze.

La valutazione è affidata all'Istituto Nazionale di Salute Pubblica che, secondo il "modello dell'operatore della prevenzione riflessivo" sta elaborando alcuni strumenti che possano effettivamente misurare e controllare lo sviluppo e l'apprendimento delle life skills previste per le diverse fasce di età dei soggetti coinvolti.

Francia

Il Ministero della Salute ha costituito un gruppo di lavoro nazionale con funzioni di coordinamento e di implementazione di sei programmi di peer education e life skills rivolti a studenti fra i 10 e i 18 anni. Tali percorsi sono inseriti nel curriculum formativo e si propongono come obiettivo la prevenzione del disagio psicosociale. In particolare si utilizza la peer education anche in progetti di educazione interculturale per inserire gli studenti stranieri nel gruppo classe. Inoltre è in fase di realizzazione un progetto pilota rivolto agli studenti delle scuole medie superiori, il quale prevede la collaborazione fra docenti ed operatori dei servizi sociali per realizzare attività di prevenzione delle dipendenze nei pub e nei locali notturni frequentati dalla maggior parte dei giovani del territorio. La valutazione dei programmi viene effettuata dal Ministero della Solidarietà sia a livello locale sia a livello nazionale attraverso check list, questionari ed interviste rivolte sia agli studenti, sia ai docenti, secondo il "modello per obiettivi". I dati sono in fase di pubblicazione.

Germania

L'esperienza tedesca è una delle più articolate e scientificamente valutate all'interno del panorama europeo. Sono in atto 32 programmi nazionali promossi, finanziati e monitorati dal Ministero della Sanità e dai dipartimenti di salute mentale territoriali rivolti ai giovani tra i 13 e i 23 anni di età. L'obiettivo generale è il miglioramento delle competenze sociali e della qualità delle relazioni per la prevenzione del disagio psicologico. Il Ministero della Salute supporta la progettazione dei percorsi formativi realizzati a livello locale da scuole, amministrazioni comunali, associazioni di volontariato, dipartimenti di salute mentale.

La valutazione è affidata alla facoltà di Psicologia dell'Università di Berlino. Nell'ambito del "modello comparativo" sperimentale sono stati elaborati una serie di questionari per misurare l'efficacia degli interventi di peer education attuati nei diversi contesti educativi. Sono stati anche attivati, da quest'anno, alcuni corsi sperimentali di specializzazione sulla peer education e l'educazione alla salute rivolti agli operatori scolastici.

Inghilterra

I programmi promossi sono vari e numerosi e si differenziano fra loro per target, obiettivi ed enti promotori.

Il programma Tacade, diretto dal Dipartimento dei Servizi Sociali, si propone lo sviluppo delle Life Skills attraverso percorsi formativi specifici per studenti e docenti da realizzarsi in diverse sessioni di lavoro durante l'intero arco dell'anno scolastico. In alcuni contesti extrascolastici è stato avviato il progetto di Allerton che si sviluppò inizialmente in un sobborgo di Bradford, deprivato economicamente e socialmente. Il campione era composto da ragazzi fra i 14 e i 21 anni che non si erano mai rivolti ai servizi sociali per i giovani. Oltre alla prevenzione delle dipendenze, il progetto si proponeva la promozione della salute mentale. Un successivo ampliamento del programma è il "Young Working Women's Project" un progetto che si rivolge alle giovani donne fra i 14 e i 21 anni coinvolte nella prostituzione con lo scopo di recuperarle e reinserirle socialmente.

Il programma di life skills e peer education Sussex DPT è coordinato dal gruppo della consulta sull'Educazione Personale e Sociale. Esso prese il via

a partire da un'iniziativa scolastica e coinvolse anche il Servizio Territoriale per i Giovani. Furono formati 16 peer educator fra i 16 e i 18 anni per realizzare attività di prevenzione dell'AIDS e delle dipendenze. Il programma prevede una struttura "a cascata" tramite il quale insegnanti, studenti ed operatori sociali elaborano percorsi specifici per il contesto in cui lavorano. La valutazione coordinata dal Dipartimento Nazionale per la Salute utilizza strumenti quantitativi e qualitativi che si propongono di misurare la valenza degli approcci condotti dai peer educators in relazione all'abuso di droghe, seguendo il "modello comparativo –sperimentale".

Spagna

In Spagna la peer education è molto utilizzata e, caso unico in Europa, la maggior parte dei progetti viene promossa e monitorata dallo Youth Council (il Consiglio dei Giovani) un organismo nazionale, finanziato dal governo, costituito dai rappresentanti dell'universo giovanile (17-25anni) democraticamente eletto ogni due anni. Le commissioni di lavoro collaborano con i diversi ministeri e strutture locali che si occupano di prevenzione delle tossicodipendenze e del disagio giovanile. I percorsi realizzati sono i più diversi e creativi la formazione prevista per i peer educator e i tutor sulla prevenzione della droga è stata integrata con manifestazioni musicali realizzate nelle scuole, cineforum tematici, formazione dei peer educator a distanza attraverso internet, elaborazione di cd rom, spot televisivi ecc. I programmi vengono costantemente monitorati dai ministeri coinvolti nei diversi percorsi secondo il "modello dell'operatore della prevenzione riflessivo"; i ministri interessati riferiscono in parlamento periodicamente sui risultati ottenuti e sull'utilizzo delle risorse finanziarie.

L'Italia: un'esperienza pilota in Europa.

La peer education per l'acquisizione e lo sviluppo delle life skills nella scuola dell'autonomia.

Il programma italiano di peer education e life skills, a livello internazionale, costituisce un elemento chiave del network Europeer e fa dell'Italia una delle nazioni guida in questo ambito per alcune caratteristiche peculiari (Svenson 2000):

- l'utilizzo della peer education per l'apprendimento e lo sviluppo delle life skills
- la promozione della salute come finalità sottesa a tutto il curricolo formativo;
- l'ampiezza della coalizione di progetto coordinata dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, costituita da Università , Aziende Sanitarie, Enti Locali pubblici e privati, 170 scuole secondarie superiori di 40 province rappresentative del territorio nazionale;
- l'impegno dell'università per la formazione dei docenti e degli studenti e per la valutazione del programma su scala nazionale;
- la diversificazione e la contestualizzazione dei progetti delle singole scuole in base alle scelte operate dagli studenti e dai docenti in relazione agli ambiti di intervento, ai tempi e alle modalità;
- l'inserimento dei singoli progetti nel curricolo delle scuole, all'interno del Piano dell'Offerta Formativa;
- il tentativo di estendere il progetto anche ad altre classi o di metterlo in rete con altre scuole affinché la peer education diventi una delle modalità quotidiane con cui giovani ed adulti si rapportano all'interno della scuola e le life skills possano diventare realmente obiettivi educativi trasversali al curricolo scolastico;
- il coinvolgimento delle famiglie.

Approfondendo la scelta italiana di utilizzare la peer education come strategia privilegiata per l'apprendimento e lo sviluppo delle life skills nell'ambito dell'educazione alla salute emergono alcuni elementi (Boda 2001) :

- tale scelta presenta un forte carattere innovativo per la scuola italiana orientata ad una trasmissione del sapere incentrata sul rapporto docente- singolo allievo e spesso disattenta alle dinamiche relazionali determinate dal gruppo classe e ai fattori sociali dell'apprendimento (Rapporto Dispersione del MPI, 2000);
- adottare la metodologia della peer education significa adottare un diversa teoria psicologica dell' apprendimento e dello sviluppo della

personalità, significa riconoscere gli studenti come soggetti attivi in grado di assumere in prima persona responsabilità. Significa aver riconosciuto il gruppo dei pari come risorsa , come elemento imprescindibile del processo di insegnamento- apprendimento;

- accostare la peer education all'insegnamento delle life skills permette di affrontare i processi di demotivazione degli studenti;
- l'intervento dell'università nella valutazione e nella formazione dei docenti e dei peer educator aiuta la scuola ad uscire dalle prassi puramente empiriche e assicura un fondamento scientifico a tutta la sperimentazione.

I progetti nazionali del Ministero dell'Istruzione, dell' Università e della Ricerca “ La Peer Education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000” e “ Autonomia, Life Skills e Peer Education” assumono tre obiettivi principali:

- seguire le indicazioni della Comunità Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in ambito di prevenzione delle tossicodipendenze fra i giovani.
- promuovere la nascita di un sistema di servizi integrato sul territorio che veda la scuola come catalizzatore delle esperienze messe in atto
- offrire alle province e scuole coinvolte, attraverso un'attiva collaborazione con l'università, percorsi innovativi per il raggiungimento del successo formativo degli studenti al fine di prevenire e combattere le tossicodipendenze fra le nuove generazioni.

Di fondamentale importanza per la realizzazione dei percorsi previsti è stata l'attuazione dell'art. 21 della legge n. 59 del 15 marzo 1997 con cui si attribuisce alle scuole l'autonomia didattica ed organizzativa; gli istituti scolastici diventano la sede in cui si opera la sintesi tra gli indirizzi formativi ed educativi espressi a livello nazionale e le esigenze proprie delle realtà locali: l'autonomia mette a disposizione delle istituzioni scolastiche inediti strumenti di flessibilità didattica ed organizzativa che possono consentire, attraverso una collaborazione attiva ed efficace con altre istituzioni, enti ed associazioni presenti sul territorio, di rispondere ai

bisogni formativi di ciascun studente, mettendolo in condizione di sviluppare al meglio talenti, interessi e attitudini sia dentro la scuola che fuori di essa anche attraverso azioni di recupero e di potenziamento. Il successo formativo di tutti e di ciascuno è dunque un obiettivo prioritario che impegna tutta la comunità sociale chiamata a partecipare attivamente al suo raggiungimento mediante la costituzione di una coalizione di progetto che possa realizzare un sistema di servizi integrato sul territorio (Rapporto sulla Dispersione Scolastica 2000 del MPI).

Definizione, elaborazione ed implementazione del programma

Il programma è stato elaborato in base all'analisi del rapporto del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca sulla dispersione scolastica (2000) ed aggiornato alla luce dei dati emersi dal rapporto IARD 2000 sulla condizione giovanile in Italia: "L'innalzamento del livello di scolarizzazione non significa, però, che siano venute meno le disuguaglianze sociali che fanno sì che alcuni giovani abbiano maggiori opportunità di conseguire una buona istruzione rispetto ad altri". In particolare, dai documenti citati, emerge che gli studenti fra i 13 e i 19 anni che abbandonano gli studi sono coloro che manifestano maggiormente indicatori di disagio e di estraneità e come la scuola non prenda in considerazione in modo sistematico ed esplicito il problema della relazione tra apprendimento, motivazione e sviluppo delle competenze psicosociali. Infatti l'insegnamento delle discipline non sempre è finalizzato in modo organico ed esplicito alla costruzione delle life skills. L'insuccesso scolastico è attribuito soprattutto a carenze di tipo cognitivo e, il più delle volte, per superarlo si ricorre solo alla consueta prassi didattica del "recupero". In seguito all'analisi di tali dati sono stati elaborati due progetti nazionali che riconoscono nella scuola il proprio centro catalizzatore e nel raccordo con la ricerca universitaria il proprio fondamento scientifico. Inoltre si tiene conto dei dati emersi dai percorsi di educazione alla salute attivati a livello provinciale negli anni precedenti, accoglie le indicazioni della Comunità Europea, che individua nella peer education una delle strategie privilegiate per la prevenzione delle dipendenze fra le nuove generazioni, e le guidelines sulle life skills dettate dall'OMS. Obiettivo

fondamentale è quello di attivare percorsi innovativi di educazione alle Life Skills, utilizzando la metodologia della Peer Education, affinché ogni studente sia messo in grado d'inserirsi attivamente nella comunità scolastica e di collaborare alla realizzazione di percorsi innovativi di prevenzione delle tossicodipendenze.

La valutazione e la formazione sono state affidate all'Università al fine di elaborare e realizzare strumenti efficaci da diffondere a livello nazionale ed internazionale. A livello provinciale, ogni scuola, nel rispetto della propria autonomia didattica ed organizzativa, ha elaborato percorsi adatti per le singole classi coinvolte e provvede alla formazione specifica con esperti locali, secondo standard e criteri monitorati sia a livello provinciale, sia a livello nazionale.

Illustriamo ora lo schema generale del programma, a cui fanno riferimento i progetti delle singole scuole.

Soggetti coinvolti

Tre o quattro classi del II e III anno di ognuna delle 170 scuole medie superiori coinvolte due studenti, uno o due insegnanti per ogni classe (funzione obiettivo dell'area 3), un rappresentante dei genitori e del personale ATA, il dirigente scolastico per ogni scuola. IRRE - Enti Locali, Università. Per ognuna delle 40 province sono stati individuati sia il gruppo sperimentale sia il gruppo di controllo.

Finalità generali

- promuovere l' acquisizione delle life skills e l'efficacia personale e collettiva nell'educazione alla salute
- progettare, realizzare, sperimentare percorsi innovativi di prevenzione utilizzando come metodologia la peer education
- accogliere e concretizzare le guidelines dell'Unione Europea e dell'OMS sulla prevenzione del disagio psicosociale fra gli adolescenti
- promuovere attività di sensibilizzazione sulle dipendenze in ambito scolastico secondo un approccio olistico alla persona e all'ambiente in cui è inserita

- promuovere, sostenere, monitorare percorsi formativi sulla prevenzione delle dipendenze e sulla partecipazione attiva per docenti, studenti, genitori, capi d'istituto, operatori del territorio delle regioni individuate
- sostenere percorsi di peer education che vedano i giovani protagonisti fin dalla fase di progettazione ed ideazione al fine di accrescere la motivazione e diminuire la dispersione scolastica
- valutare, rilevare, nazionalizzare i dati sui percorsi attuati;
- creare, organizzare e gestire un sito internet che metta in rete i dati acquisiti a servizio di altre realtà e degli operatori interessati.

Obiettivi specifici

Sono propri dei singoli progetti con cui ogni scuola realizza il programma nazionale in relazione alla sua utenza.

Risultati attesi

A breve termine

Elaborazione condivisa dell'offerta formativa

Inserimento pervasivo dell'educazione alla salute nei curricula disciplinari

Sperimentazione di nuove metodologie d'insegnamento apprendimento

A medio termine

Miglioramento del clima relazionale e del livello di comunicazione efficace

Acquisizione di life skills specifiche.

Riorganizzazione degli interventi di prevenzione mediante integrazione in rete di diverse competenze.

Analisi dei curricula scolastici come strumenti per promuovere l'efficacia personale e collettiva

Diminuzione dei casi di disagio e di abbandono.

A lungo termine

Acquisizione di life skills trasversali

Sviluppo dell'autoefficacia personale e collettiva

Miglioramento dell'integrazione scolastica e sociale

Articolazione dei programmi (1999-2003)

I due progetti coinvolgono complessivamente 40 province, 170 scuole, 563 classi, Enti locali, IRRE, Università che hanno costituito una coalizione di progetto a livello provinciale e a livello di singolo istituto e si articolano in una molteplicità di percorsi formulati dalle singole classi nell'ambito dello schema indicato a livello nazionale. Si è proceduto in ogni scuola a costituire il gruppo di progetto formato dal dirigente scolastico, dai docenti funzione dell'obiettivo dell'area 3, dai docenti e dai rappresentanti di classe degli studenti e dei genitori delle classi coinvolte. Sono stati scelti e formati dall'università i docenti tutor che hanno definito il gruppo target. Ogni classe, opportunamente guidata ha condiviso la scelta dell'area di miglioramento e dei peer educator (studenti). Le aree di miglioramento individuate più frequentemente sono attinenti alla prevenzione e alla lotta contro l'uso di droghe, all'integrazione degli studenti stranieri, alla comunicazione e ai nuovi linguaggi, ai disturbi alimentari, alla motivazione e alla consapevolezza di sé, alla progettualità. Il docente referente per l'Educazione alla Salute dell'Ufficio Scolastico Provinciale ha svolto un ruolo di monitoraggio e di consulenza durante ciascuna fase del progetto definendo gli incontri con l'università per garantire i percorsi di implementazione e di valutazione.

I progetti sono ancora in svolgimento ma i primi risultati sembrano essere soddisfacenti: studenti, docenti e dirigenti scolastici delle scuole interessate hanno rilevato miglioramenti nel clima di classe e di istituto, nella motivazione e nell'apprendimento.

La valutazione

La valutazione del programma è stata affidata dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca al Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali ed Antisociali dell'Università degli Studi di Roma La Sapienza di Roma. Essa prevede la somministrazione di questionari a tutte le componenti scolastiche coinvolte direttamente nel progetto (dirigenti scolastici, docenti - tutor, studenti- peer educator, genitori) per la rilevazione della situazione di partenza e di eventuali cambiamenti successivi, interviste telefoniche al docente referente

provinciale e alcune schede di analisi degli incontri di implementazione realizzati a livello provinciale. Inoltre i questionari di partenza sono stati integrati con misure specifiche relative *all'area salute*.

Bibliografia

“Life Skills Peer Education: strategie per l’efficacia personale e collettiva”, G. Boda. Volume edito da La Nuova Italia, Firenze, 2001

“Life Skills Peer Education nel contesto europeo ed italiano”, G. Boda e Gary Svenson. Pubblicato in Scuola e Città de La Nuova Italia, Firenze, 2002

“The short training course” commissioned by BzGA, G. Boda, e Gary Svenson, published by the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002

“Evaluation of Model Project Peer Education”, commissioned by BzGA, G. Boda, e Gary Svenson, published by the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002

“Promuovere responsabilità: percorsi di cittadinanza attiva”, G. De Leo, G. Boda, D. Bacchini, Franco Angeli, Milano, 2004

“Life Skills; il pensiero critico”, G. Boda e F. Mosiello, Carocci Editore, Roma, 2005

“Life Skills: la comunicazione efficace”, G. Boda, Carocci Editore, Roma, 2005

“Life skills: il problem solving”, G. Boda e S. Landi, Carocci Editore, Roma, 2005

Siti internet

www.europeer.lu.se

www.whomsa.org

www.peereducation.it

www.irre.lombardia.it/peereducation

***Dott.ssa Giovanna Boda** è stata responsabile del coordinamento tecnico – scientifico del programma nazionale del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca “Life Skills e Peer Education”, inserito nel percorso di prevenzione delle tossicodipendenze e del disagio giovanile promosso dalla Comunità Europea.

****Prof. Gary Svenson**, Europeer Project Manager, psicologo e ricercatore al Dipartimento di Medicina Comunitaria dell’Università di Lund. Da quattro anni segue lo sviluppo dei percorsi di peer education e life skills in Italia.