

## LA PEER EDUCATION: QUESTIONI APERTE

Gianluigi Di Cesare, Rosalia Giammetta

### Introduzione

La *peer education* è attualmente una delle strategie di prevenzione e promozione della salute più diffuse e costituisce una metodologia elettiva soprattutto per gli interventi rivolti agli adolescenti.

La ragione per cui la *peer education* rappresenta una strategia preferenziale con gli adolescenti è da ricercare nel ruolo centrale che i pari giocano in questa fase del ciclo di vita: è infatti *anche* grazie al gruppo dei pari che l'adolescente costruisce una identità rinnovata, maggiormente vicina all'età adulta, rimodella i suoi legami all'interno della famiglia, costruisce relazioni affettive al di fuori di essa; fa fronte, cioè, ai compiti di sviluppo propri della sua età (Palmonari e Crocetti 2011).

In questa fase della vita, il confronto con qualcuno che sta affrontando le stesse difficoltà e che viene sentito vicino quanto a interessi, valori ed esperienze è spesso preferito a quello con l'adulto. L'adolescente sceglie di rivolgersi agli altri adolescenti, piuttosto che ai genitori o agli insegnanti, per cercare informazioni e conforto, scambiare consigli, condividere sogni e paure, prediligendo dunque le relazioni orizzontali e dal potere equamente distribuito che intreccia all'interno del gruppo dei pari (Pietropolli Charmet 1997).

La similarità percepita coi pari rende questi ultimi non solo gli interlocutori privilegiati, ma anche dei veri e propri *agenti di cambiamento* (Rogers 2003): in generale, il modo di pensare e di agire è influenzato soprattutto dalle persone verso le quali si sente una qualche comunanza, o con cui si condividono le stesse problematiche o le stesse esperienze (Turner e Shepherd 1999).

È questo il nocciolo della *peer education*: una strategia che vuole promuovere comportamenti e stili di vita salutari utilizzando appunto l'influenza tra pari. Nella *peer education* alcuni adolescenti adeguatamente formati sono leve di cambiamento per altri adolescenti e di fatto raggiungono chi sarebbe altrimenti impossibile agganciare (Di Cesare e Giammetta 2010, Swartz et al. 2012).

Va tuttavia precisato che il gruppo dei pari non rappresenta solo l'occasione evolutiva per esplorare zone psichiche nuove e, permettendo di non essere più dominati dall'ansia dei genitori, scoprire altre possibili identificazioni. Oltre a essere una potenziale risorsa, il gruppo dei pari può infatti esercitare una influenza antievolutiva e distruttiva e spingere ad assumere comportamenti a rischio, comportamenti cioè che possono danneggiare il benessere fisico, psicologico e sociale (Jessor 1998) e permanere nell'età adulta: ad esempio, il 70% di fumatori ed ex-fumatori italiani tra i 15 e i 24 anni dice di aver iniziato perché influenzato da amici o dai compagni di scuola che fumavano (DOXA e Istituto Superiore di Sanità 2013). Altri esempi di comportamenti a rischio,

SOTTOMESSO LUGLIO 2013, ACCETTATO GIUGNO 2014

fortemente influenzati dal gruppo dei pari, sono l'assunzione di alcol o droghe, la guida spericolata, il bullismo.

## Obiettivi

Il presente articolo mira a fornire un quadro ampio e aggiornato relativo agli interventi di peer education con adolescenti e giovani adulti nel contesto scolastico.

In particolare vengono analizzati i vari elementi costitutivi della peer education – la cornice teorica, gli obiettivi, la *peeriness*, i criteri di reclutamento dei peer educator, la loro formazione, la fase attuativa, la supervisione, la valutazione dell'efficacia degli interventi – ed esaminate la possibilità e l'opportunità di costruire, a partire da tale panoramica, un modello unitario di intervento per la peer education.

## Metodo

Gli studi presi in considerazione sono stati individuati interrogando i data base *Medline*, *ProQuest*, *PsychINFO*, *Scopus*, *Web of Science*, con le parole chiave *peer education*, *school*, *university*, *adolescent*, e limitando la ricerca agli studi pubblicati su riviste peer-reviewed dopo il 2000, in lingua italiana o inglese. Ulteriori studi, soprattutto in lingua italiana, sono stati individuati consultando la bibliografia delle principali revisioni e degli autori di riferimento.

Nel testo è stata data particolare attenzione a quegli studi che descrivono interventi di peer education di buona qualità metodologica, valutata in termini di misurazioni pre e post-intervento, follow-up, valutazione di processo, riproducibilità, esplicitazione di una teoria del cambiamento, coinvolgimento dei partecipanti nell'analisi dei bisogni, coinvolgimento della comunità, dettagli sulle modalità di attuazione dell'intervento (criteri di selezione dei peer educator, loro formazione e supervisione, strategia di prevenzione-promozione messa in atto dai peer educator).

## Che cos'è la peer education?

In termini generali, per *peer education* s'intende una metodologia d'intervento in cui alcune persone, opportunamente formate, cioè i *peer educator*, intraprendono iniziative educative di vario tipo con altre, loro pari quanto a età, condizione lavorativa, genere sessuale, *status*, entroterra culturale o esperienze vissute (United Nations Population Fund e Family Health International 2005).

Questa definizione sottolinea tre aspetti:

- tra educatori e destinatari esiste una qualche condizione di parità (*peeriness*);
- i peer educator vanno formati;
- la peer education va oltre la formazione dei peer educator, dato che i contenuti della formazione saranno poi condivisi dai peer educator con il più ampio gruppo dei destinatari.

La peer education è una metodologia che è stata applicata in diverse aree: prevenzione dell'uso del tabacco (Campbell et al. 2008; Perry et al. 2009; Starkey et al. 2009; Valente et al. 2003, 2006) o dell'alcol (Cristini et al. 2005), promozione della salute sessuale e prevenzione e dell'AIDS (Al-Iryani et al. 2013, Borgia et al. 2005, Bulduk e Erdogan 2012, Croce et al. 2010, Denison et al. 2012, Kinsler et al. 2004, Merakou e Kourea-Kremastinou 2006, Mukoma et al. 2009, Simonelli et al. 2002, Stephenson et al. 2004), bullismo (Di Cesare e Giammetta 2010, Palladino et al. 2012), dispersione scolastica (Petruccelli e Fabrizi 2005), promozione delle life skill (Bombi et al. 2007, Caprara 2002, Pastorelli et al. 2002, Vecchio et al. 2002) ecc.

Per raggiungere e adattarsi alle caratteristiche del gruppo dei destinatari, la peer education ha conosciuto i contesti di attuazione più svariati. Un esempio classico è l'intervento coordinato da Kelly (Kelly et al. 1997) in diverse città degli Stati Uniti per prevenire la diffusione dell'AIDS tra gli omosessuali: in questo caso, l'intervento dei peer educator è consistito in dialoghi informali nei bar frequentati soprattutto da omosessuali.

Le attività educative dei peer educator – conversazioni informali ma più spesso lezioni, *role playing* o *brainstorming* in classe – mirano a potenziare nei loro pari le conoscenze, gli atteggiamenti, le abilità che possono consentire di compiere delle scelte responsabili e maggiormente consapevoli riguardo la salute. I peer educator:

- forniranno ai loro pari informazioni corrette e non terroristiche su una questione di salute (ad esempio quali sono gli effetti del fumo, a quali servizi rivolgersi per essere aiutati a smettere ecc.);
- cercheranno di accrescere le *life skill* (ad esempio, la capacità di sottrarsi alla pressione esercitata da amici e compagni di classe che fumano) nei loro pari e di modificarne gli atteggiamenti;
- si impegneranno a influenzarne il comportamento (ritardando ad esempio il momento in cui si inizia a fumare, diminuendo il numero dei neo-fumatori o evitando il passaggio dal fumare sigarette al fumare *cannabis* ecc.).

Gli obiettivi di un progetto di peer education possono allora muoversi lungo diverse dimensioni, e questo perché il comportamento non segue motivazioni esclusivamente logiche e chi lo attua sente, su di un piano più o meno consapevole, di ottenerne dei vantaggi psicologici (Bonino et al. 2007): così, un comportamento che danneggia la salute può essere un modo per sentirsi rispettati nel gruppo di amici, per sentirsi indipendenti dai genitori o per controllare l'ansia (Jessor 1998).

Ciò significa che conoscere le conseguenze negative di un certo comportamento, soprattutto se visibili solo nel lungo periodo, può non apparire psicologicamente rilevante: sapere che il consumo di tabacco è la prima causa di morte nei paesi occidentali può non bastare a spingere un ragazzo a smettere di fumare, se ad esempio la sigaretta gli dà l'illusione di sentirsi accettato e apprezzato da parte dei suoi amici.

Un intervento di prevenzione e promozione della salute, peer education compresa, dovrebbe allora unire il trasmettere informazioni sui rischi connessi a un dato comportamento, aspetto comunque imprescindibile, con il riflettere sulla funzione che quel comportamento svolge per chi lo attua (in termini di accettazione di sé, autostima, autoefficacia, capacità di far fronte agli

eventi stressanti ecc.) e sulle sue determinanti sociali e culturali.

Fare peer education implica allora non solo dare informazioni, ma soprattutto mettere le persone - si tratti dei peer educator o più in generale dei destinatari dell'intervento - nella condizione di potere decidere da sé e in modo consapevole riguardo la loro vita. In linea con gli attuali orientamenti in materia di salute, la peer education si pone come una strategia che mira a:

- sviluppare *empowerment*, cioè la ragionevole fiducia nell'esercitare un qualche controllo sulla propria vita (Pellai et al. 2002, World Health Organization 1986);
- sviluppare autoefficacia, cioè la convinzione di possedere quelle capacità e risorse, in termini di *problem solving*, comunicazione, gestione delle emozioni negative ecc., necessarie ad affrontare in modo adeguato una data situazione e raggiungere i propri obiettivi (Bulduk e Erdogan 2012, Simonelli et al. 2002, Vecchio et al. 2002).

Si tratta di due componenti cruciali, se si considera quanto il comportamento risulti influenzato dalle convinzioni di autoefficacia (Bandura 1997): le persone scelgono di impegnarsi in quelle attività rispetto alle quali si percepiscono efficaci e spesso evitano quei compiti per i quali non ritengono di possedere le risorse e le abilità necessarie. Un elevato senso di autoefficacia contribuisce inoltre alla capacità di perseverare in un compito nonostante le difficoltà e aiuta ad avere livelli di ansia più contenuti dinanzi a eventi potenzialmente minacciosi.

La peer education può accrescere l'autoefficacia dei peer educator proprio perché offre loro l'occasione di sperimentarsi come soggetti attivi della comunità in cui vivono; membri capaci di progettare e attuare cambiamenti.

Dall'altro lato, la peer education può incrementare le convinzioni di autoefficacia dei destinatari nella misura in cui una delle fonti dell'autoefficacia è rappresentata proprio dalle relazioni con i pari. Secondo Bandura (1997), infatti, osservare persone simili a sé (i peer educator, in questo caso) che eseguono con successo una certa attività può spingere l'osservatore a pensare di essere a propria volta in grado di compiere quell'attività, facendo tesoro di un'esperienza indiretta (apprendimento osservativo). Da questo punto di vista, i peer educator funzionano come modelli (*role model*) in grado di elicitare cambiamenti nei pari. L'apprendimento osservativo richiede però che i destinatari che li osservano riconoscano i peer educator come una fonte credibile, autorevole e competente e che il comportamento in questione abbia conseguenze positive e sia coerente con i loro obiettivi: i pari cioè valutano i peer educator e non si limitano a subirne l'influenza.

Un altro meccanismo tra pari che, come l'esperienza diretta di convalida della propria efficacia e l'esperienza vicaria appena illustrata, concorre all'incremento dell'autoefficacia è la persuasione verbale: un peer educator può rafforzare la convinzione di autoefficacia in un suo pari convincendolo, con appropriati argomenti, che possiede le capacità utili a raggiungere un certo obiettivo. La persuasione verbale è un meccanismo che funziona soprattutto se il pari in questione ha già qualche motivo per credere di essere in grado di governare quella situazione.

L'aspetto centrale della peer education sembra allora riconducibile a quanto indicato nella teoria social cognitiva di Bandura (1986) come *agentività*, cioè la capacità delle persone di riflettere su se stesse e sulle proprie esperienze e di agire in modo trasformativo sul mondo in cui vivono. Quello che fa la peer education è appunto organizzare spazi di condivisione e scambio

che permettono di accrescere la capacità di pensare, riflettere, scegliere, assumersi impegni e responsabilità nei riguardi della propria salute tanto nei peer educator quanto nei destinatari (Caprara 2002).

## Il radicamento nel contesto

La peer education condivide molti degli assunti alla base degli orientamenti attuali in materia di promozione della salute, in particolare il fatto che un intervento vada ritagliato su popolazioni e contesti specifici e debba essere appropriato ai bisogni e alle condizioni di vita della popolazione cui si rivolge (Collins 2002).

A riprova della posizione centrale occupata dal contesto è interessante ricordare che il progetto di peer education coordinato da Kelly (Kelly et al. 1997) citato nel paragrafo precedente, così efficace quando attuato nei gay bar statunitensi, si è mostrato fallimentare quando è stato riproposto in Gran Bretagna (Hart et al. 2004). Probabilmente in Gran Bretagna i bar e le palestre non sono ritenuti luoghi in cui parlare del proprio comportamento sessuale. Questi diversi esiti fanno pensare che la ripetizione di un progetto in nuovi luoghi (o in tempi molto differenti) sia fattibile solo se, in un'ottica ecologica, l'intervento è modificato e adattato alla cultura dei suoi destinatari, tanto che Hart, Williamson e Flowers (2004) dubitano che la standardizzazione dei metodi della peer education sia sufficiente a garantire esiti positivi.

Nell'adattamento al contesto socio-culturale si potrebbe del resto anche scoprire che la peer education stessa non sia l'intervento più adatto: ad esempio, nei paesi africani come l'Uganda, il Camerun, il Ruanda – che pure vedono un'ampia fioritura di interventi di peer education – le fonti d'informazione privilegiate dagli adolescenti non sono gli altri adolescenti ma più spesso la radio, i genitori, la televisione, gli insegnanti, i medici. I propri pari vengono molto dopo (Michielsen et al. 2012), il che farebbe dubitare dell'appropriatezza della peer education come principale strumento per rivolgersi agli adolescenti di questi paesi.

Per ritagliare un intervento su misura rispetto ai destinatari è indispensabile il coinvolgimento dei destinatari stessi nella pianificazione, nella realizzazione e nella valutazione dell'intervento (World Health Organization 1997): prima ancora che fruitori di servizi di prevenzione o loro consumatori, i destinatari vanno considerati *attori* di prevenzione sociale, in grado di produrre idee, di progettare possibili mondi alternativi e di impegnarsi per realizzarli. In questa ottica altamente partecipativa già la fase iniziale di analisi dei bisogni e delle risorse disponibili andrebbe condotta insieme ai destinatari, in modo dialogico (Borgia et al. 2005, Kinsler et al. 2004, Stephenson et al. 2004).

Nel caso di progetti che riguardano gli adolescenti, è allora necessario *chiedere agli adolescenti stessi* quali siano i loro bisogni di salute, cosa ritengano importante, cosa siano disposti a cambiare per stare meglio. Ciò significa però abbandonare lo stereotipo che considera gli adolescenti come un problema che gli adulti devono gestire, significa passare a una visione positiva dell'adolescente che riconosce a quest'ultimo competenze, risorse e la capacità di essere un agente di sviluppo e cambiamento per se stesso e per i suoi pari (Di Cesare e Giammetta 2011, Larson et al. 2009, Lerner et al. 2009).

Accanto ai destinatari, andrebbero coinvolte anche tutte le persone e le istituzioni presenti

nella comunità – membri e *leader* della comunità, genitori (Bate et al. 2012), insegnanti, professionisti dell'area educativa o della salute, consultori familiari, associazioni di volontariato, centri giovani, circoli sportivi, chiese, biblioteche di quartiere – e con esse andrebbero create *alleanze* così che l'intervento di peer education goda del supporto della comunità (Al-Iryani et al. 2013, Ochieng 2003).

Il coinvolgimento dei destinatari e della comunità consente di creare un intervento di prevenzione e promozione che sia un "intervention-in-context" (Cornish e Campbell 2009), modellato sulle effettive condizioni di vita dei destinatari, sui loro interessi, speranze, strategie, preoccupazioni, paure e integrato nel contesto più ampio. Del resto, solo se percepiranno nelle attività di promozione delle risposte alle loro preoccupazioni e ai loro bisogni, i partecipanti vivranno quel progetto come qualcosa che gli appartiene e in cui vale la pena impegnarsi (Bombi et al. 2007).

Lavorare in *partnership* con persone e istituzioni può tuttavia presentare delle difficoltà e, in assenza di un ambiente supportivo, anche un intervento di peer education ben progettato è destinato a fallire (Campbell e MacPhail 2002, Kinsler et al. 2004). Nel contesto scolastico, può prevalere un atteggiamento autoritario o di non accettazione da parte dei docenti (Campbell 2003, Schaalma e Kok 2006): se le diverse componenti dell'istituzione (docenti, dirigenti scolastici, genitori, studenti, personale non docente) non riconoscono l'importanza del progetto né danno valore al coinvolgimento degli studenti, l'investimento affettivo nei confronti del progetto sarà ostacolato e il progetto farà fatica ad andare avanti (Baumgartner et al. 2004, Mukoma et al. 2009, Pastorelli et al. 2002).

Non va poi dimenticato che la peer education stessa si iscrive all'interno di una più generale strategia preventivo-promotiva che lega diverse istituzioni e diversi livelli, combinandosi, ad esempio, con le politiche sanitarie, una campagna informativa di massa, i servizi già disponibili (Nation et al. 2003).

## Un termine ombrello

Attualmente mancano una teoria o un modello generali che guidino gli interventi di peer education e, come si vedrà, non è ancora chiaro quali variabili ne influenzino l'efficacia.

A dispetto della grande diffusione, soprattutto nella prevenzione delle malattie trasmesse sessualmente, della sua lunga storia, dell'appoggio ricevuto da organizzazioni intergovernative come l'ONU (United Nations Programme on HIV and AIDS 1999) e l'Unione Europea (Svenson 1998), la peer education difetta infatti di chiarezza concettuale, innanzitutto riguardo alla sua stessa definizione.

Già Shiner (1999) rilevava come "peer education" sia un termine ombrello che include l'intera gamma di interventi basati sui pari. Una prima conseguenza è che a volte vengono indicati come peer education interventi che sarebbe corretto chiamare, ad esempio, di *peer tutoring* (Li et al. 2010) o che i termini peer education e *peer counselling* siano usati come sinonimi (Chiao et al. 2009).

La peer education appare talvolta come un approccio alla moda e *politically correct* che attira una buona quota degli investimenti fatti dalla sanità pubblica in ambito preventivo (Croce 2011): il rischio che l'etichetta "peer education" si limiti a essere un comodo slogan non è poi così remoto (Santinello e Barbato 2011).

## Quale la cornice teorica della peer education?

Nel paragrafo *Che cos'è la peer education*, la peer education è stata collocata all'interno della teoria social cognitiva di Bandura, soprattutto in virtù della capacità di questa teoria di spiegare il comportamento umano in un'ottica che coniuga gli aspetti individuali con quelli sociali e contempla tanto il livello cognitivo quanto quello emotivo.

Tuttavia, il social cognitivismo non è l'unica teoria in grado di spiegare perché un peer educator riesce a comunicare informazioni in modo efficace, a far accogliere idee nuove ai suoi pari, a farli riflettere sui loro comportamenti. La letteratura comprende infatti il riferimento anche ad altre cornici teoriche per chiarire come funzioni la peer education.

I richiami più frequenti sono alla teoria della diffusione delle innovazioni di Rogers e a quella dell'azione ragionata di Fishbein e Ajzen. Va sottolineato come nessuna di queste teorie sia nata all'interno della peer education; diversamente, la peer education prende a prestito queste teorie dalla psicologia della salute per cercare di capire perché e come le persone adottino nuovi comportamenti.

Nella teoria della diffusione delle innovazioni (Rogers 2003), i cambiamenti sono spiegati dall'influenza esercitata dagli *opinion leader* all'interno di un gruppo o di una comunità. Gli opinion leader introducono delle innovazioni (un'idea, un comportamento) e il gruppo, nella misura in cui si fida di loro, le adotta. Secondo Rogers, le innovazioni si diffondono percorrendo le reti sociali che esistono intorno agli opinion leader, secondo un processo a cascata che col tempo coinvolge persone sempre più distanti dagli opinion leader e che trasforma le innovazioni in norme sociali condivise da gran parte di una comunità. Come già rilevato da Bandura, affinché le innovazioni vengano accolte è necessario che si verifichino più condizioni:

- le persone che entrano in contatto con gli opinion leader portatori di una innovazione devono percepire questi ultimi come simili a loro quanto a credenze, valori, istruzione, status sociale ma anche più competenti;
- l'innovazione deve essere considerata da chi dovrebbe adottarla come coerente rispetto ai valori personali, all'esperienza precedente e ai bisogni;
- l'innovazione deve essere percepita come una soluzione più vantaggiosa rispetto a quelle di cui già si dispone.

Queste tre condizioni sottolineano tutte la valutazione personale fatta da chi entra in contatto con una innovazione e il fatto che si tratta di un processo automatico.

Dal punto di vista della teoria della diffusione delle innovazioni, i peer educator sarebbero degli opinion leader fidati e socialmente ben inseriti che i pari vedono simili a loro, portatori di un messaggio che valutano come accettabile rispetto al loro sistema di valori e alla loro personalità e migliore delle idee o dei comportamenti abitualmente messi in atto. Questi fattori rendono i peer educator in grado di elicitare un cambiamento nei loro pari, a cominciare dalle reti sociali di cui fanno parte e dai pari con cui sono in contatto diretto.

In modo un po' diverso, la teoria dell'azione ragionata di Fishbein e Ajzen (1975) ipotizza che l'intenzione di adottare un comportamento deriva, oltre che dalla valutazione che viene fatta del comportamento, dalla norma soggettiva, cioè dalla pressione sociale percepita a eseguire o



meno quel comportamento. Questo significa che è più probabile che una persona attui un dato comportamento se pensa che quel comportamento è approvato dal gruppo di cui fa parte.

Seguendo la teoria dell'azione ragionata, i peer educator intervengono a livello delle norme soggettive relative ai comportamenti connessi alla salute, ad esempio modificando le norme soggettive di chi ha rapporti sessuali promiscui non protetti.

L'intervento di peer education attuato da Kinsler e colleghi in sei scuole in Belize per prevenire l'AIDS (Kinsler et al. 2004) si è basato tanto sulla teoria social cognitiva quanto sulla teoria dell'azione ragionata. Formazione dei peer educator e successive attività educative svolte dai peer educator nelle classi miravano a modificare in senso positivo gli atteggiamenti riguardo i profilattici (teoria dell'azione ragionata), incrementare l'autoefficacia (teoria social cognitiva), influenzare le norme sociali relative all'uso dei profilattici (teoria dell'azione ragionata), sviluppare l'intenzione di utilizzare i profilattici (teoria dell'azione ragionata).

È importante che la teoria di riferimento sia esplicitata (Green e Kreuter 2005, Nation et al. 2003). Un intervento di peer education dovrebbe infatti declinarsi in un modo o in un altro, ad esempio riguardo i criteri per il reclutamento dei peer educator, coerentemente con la teoria del cambiamento comportamentale in cui si radica. In realtà non è sempre così e, accanto a interventi di peer education efficaci e metodologicamente rigorosi costruiti per intero aderendo a un modello teorico di cambiamento del comportamento, si trovano altri interventi altrettanto efficaci che alla teoria del cambiamento fanno solo un rapido accenno: il *RIPPLE study (Randomized Intervention of PuPil-Led sex Education)* è appunto un intervento di peer education svolto in ventisette scuole secondarie inglesi e relativo all'educazione sessuale che dichiara di non avere una specifica cornice teorica (Stephenson et al. 2004).

Un ottimo esempio di intervento metodologicamente ben costruito attorno a una teoria del cambiamento comportamentale, in particolare intorno alla teoria della diffusione delle innovazioni, è l'*ASSIST trial (A Stop Smoking in Schools Trial)*, attuato in duecentoventitré scuole dell'Inghilterra e del Galles e rivolto alla prevenzione del consumo di tabacco (Starkey et al. 2009). In modo coerente con quanto previsto dalla teoria della diffusione delle innovazioni, nell'*ASSIST trial* è stato utilizzato un breve questionario per individuare gli studenti considerati dei leader dagli altri studenti destinatari dell'intervento. Le informazioni connesse agli obiettivi dell'*ASSIST trial* sono state diffuse dai peer educator attraverso conversazioni informali con i loro pari, nei contesti più disparati. È inoltre interessante notare che, coerentemente con la teoria di Rogers, l'*ASSIST trial* ha avuto la sua maggiore efficacia nei piccoli centri organizzati come una comunità ben definita, stabile e compatta, in cui cioè i contatti sociali intrattenuti dai peer educator sono stati verosimilmente molti e regolari (Campbell et al. 2008).

## La peerness

Leggendo gli studi, si è colpiti dalla eterogeneità di vedute in ogni aspetto della peer education. Alla eterogeneità teorica appena descritta si aggiunge una eterogeneità operativa che coinvolge ogni fase di un intervento di peer education, dal cosa stabilisca la peerness ai criteri di reclutamento dei peer educator, dalla loro formazione alla fase attuativa, al grado di partecipazione al progetto.



Accanto alla questione relativa alla definizione stessa di peer education, esaminata nel paragrafo *Un termine ombrello*, si colloca un aspetto legato anch'esso all'essenza stessa della peer education: cosa è che rende pari?

È un elemento che, come si evince dalla definizione di peer education riportata in precedenza, non è confinato semplicemente all'essere coetanei e che può stabilirsi in base ai criteri più svariati, quali l'etnia, il genere sessuale, l'orientamento religioso, la classe sociale, l'entroterra culturale, le esperienze.

Applicandosi a una situazione intrinsecamente relazionale (essere uguali a), gli aspetti che costruiscono la peerness dovrebbero declinarsi non in assoluto ma in funzione delle caratteristiche dei destinatari cui i peer educator si rivolgeranno e degli obiettivi del progetto, in un modo che risulti dunque ancorato al contesto: così, nello *Young Working Women's Peer Education Project*, indirizzato a giovani donne coinvolte nella prostituzione, i peer educator erano a loro volta donne che erano state in passato coinvolte in attività di prostituzione o lo erano ancora (Shiner 1999).

Come detto nell'introduzione, sarebbero appunto l'esistenza di una qualche comunanza e il pensare che chi parla stia affrontando le stesse problematiche o abbia le medesime esperienze (Harden et al. 2001) a rendere i peer educator degli interlocutori credibili, che i destinatari dell'intervento ascoltano e di cui si fidano (Sloane e Zimmer 1993). Nonostante la centralità di questo aspetto, spesso però gli interventi di peer education tralasciano di considerare le caratteristiche dei destinatari che dovrebbero essere presenti anche nei peer educator. L'inefficacia di un intervento potrebbe essere dovuta proprio al fatto che, a volte, le caratteristiche dei peer educator non rispecchiano adeguatamente le caratteristiche dei destinatari (Wolf e Bond 2002).

## Come reclutare i peer educator?

Il successo di un progetto di peer education è determinato in ampia misura dalle abilità e dall'impegno dei giovani peer educator che vi partecipano. La selezione di coloro che, dopo adeguata formazione, attueranno le strategie di prevenzione e promozione della salute che riterranno più adatte al gruppo dei destinatari finali dell'intervento è dunque un aspetto particolarmente delicato.

L'accento sulla similarità percepita – nonché il riferimento alla teoria social cognitiva o della diffusione delle innovazioni di cui si è detto nel paragrafo *Quale la cornice teorica della peer education?* – comporterebbe che siano gli stessi destinatari a scegliersi i peer educator, ma di fatto non è questo l'unico sistema; non c'è infatti consenso sui criteri per selezionare le persone che faranno i peer educator e a volte manca una discussione rispetto alle ricadute dei criteri di selezione sull'attuazione dell'intervento.

Accade così di imbattersi in interventi di peer education valutati come efficaci in cui i peer educator sono dei volontari che si sono candidati (Ergene et al. 2005) oppure vengono scelti dai professionisti che gestiscono l'intervento (Kinsler et al. 2004): in entrambi i casi, è possibile che i peer educator così individuati non riflettano le caratteristiche della popolazione *target*, difettando, in altri termini, quanto a peerness. Ad esempio, nel *RIPPLE study*, i peer educator, reclutati su base volontaria, erano soprattutto ragazze, di etnia bianca, con ottimi voti e provenienti da famiglie agiate, cioè ben diversi dai destinatari cui si rivolgevano (Strange et

al. 2002a); eppure i destinatari del *RIPPLE study* hanno espresso notevole apprezzamento nei confronti di questi peer educator, ne hanno ammirato il linguaggio semplice e si sono sentiti da loro rispettati (Stephenson et al. 2004).

Altri studi hanno evidenziato come i peer educator volontari abbiano una maggiore autostima, maggiore capacità di leadership e minore tendenza ad attuare comportamenti a rischio degli studenti target (Badura Brack et al. 2008).

Nel contesto scolastico la scelta dei peer educator è spesso compiuta dai docenti, che possono però prediligere un buon rendimento scolastico (Borgia et al. 2005) o un elevato livello socio-economico (Mason-Jones et al. 2011) e reclutare studenti che i destinatari non vedono come loro pari.

Riprendendo la teoria della diffusione delle innovazioni, a scuola, ricorrere a un sociogramma della classe consentirebbe di individuare gli studenti più popolari, che godono di un alto status all'interno del gruppo dei pari: ai ragazzi può essere chiesto di indicare chi ritengano più adatto a svolgere il ruolo di peer educator (Valente et al. 2003) e le persone così individuate scelgono poi se assumersi questo impegno o meno. I peer educator scelti attraverso un sociogramma avrebbero una maggiore capacità di influenzare i pari rispetto ai peer educator reclutati in modo casuale (Valente et al. 2006).

Come ricordato nel paragrafo *Quale la cornice teorica della peer education?*, nell'*ASSIST trial*, basato sulla teoria della diffusione delle innovazioni, agli studenti è stato chiesto di indicare, tramite un questionario, i compagni che ammiravano, rispettavano e ritenevano dei buoni leader, processo questo che ha consentito di individuare *peer leader* appartenenti a diversi gruppi e reti sociali quali efficaci agenti di cambiamento riguardo atteggiamenti e comportamenti legati all'uso di tabacco (Starkey et al. 2009).

Nel progetto *On the road*, svolto in otto istituti superiori della città di Padova con l'obiettivo di prevenire il consumo di alcolici e i rischi che possono derivare dal guidare dopo aver assunto alcol, la selezione è avvenuta incrociando criteri molteplici: questionario di autovalutazione (Pellai et al. 2002), sociogramma della classe, autocandidatura, candidatura proposta dai compagni di classe, parere dei docenti sui peer educator individuati in prima battuta, osservazioni effettuate dai formatori durante gli incontri di presentazione del progetto (Zuccaro et al. 2007). Come si vedrà più estesamente nel paragrafo *La valutazione dell'efficacia*, i risultati di *On the road*, nonostante tanta complessità nel reclutamento dei peer educator, non sono stati quelli sperati.

Diversi studi rivolgono attenzione alle qualità personali dei futuri peer educator e la leadership è stata individuata quale elemento cruciale (Shepherd et al. 2010), unitamente alle capacità comunicative, le abilità interpersonali, l'empatia, un atteggiamento non giudicante (Flanagan et al. 1996), l'assertività, la fiducia in se stessi, la capacità di lavorare in gruppo (Pedata et al. 2005). Si tratterebbe tuttavia di aspetti secondari rispetto alla coerenza tra ciò che i peer educator dicono e ciò che i peer educator fanno: l'efficacia di un intervento sarebbe infatti connessa anche al fatto che i pari credano che i peer educator facciano realmente quello che dicono di fare (Ebreo et al. 2002). La credibilità dei peer educator deriva anche da tale coerenza (Bandura 1986).

Le competenze personali dei peer educator risultano di specifica importanza nella buona riuscita di un progetto soprattutto quando le varie componenti scolastiche mostrano disinteresse. In questi casi, la capacità dei peer educator di fare gruppo e di portare avanti un'iniziativa anche senza aiuti, basandosi sulle proprie risorse per superare le difficoltà, ha un peso particolare (Bombi et al. 2007).

## Quale formazione?

Anche rispetto alla formazione dei peer educator le posizioni presenti in letteratura sono diverse e non esiste ad esempio unanimità né rispetto alla tipologia di contenuti né rispetto alla durata: se alcuni interventi prevedono un *training* di qualche ora, centrato sulle informazioni, in altri il training comprende molteplici sessioni e si riferisce, oltre che alle informazioni, alle abilità. In alcuni progetti, le ore dedicate alla formazione sono state ben ottanta (Al-Iryani et al. 2011). Non sembra in realtà esservi nessuna evidenza riguardo una durata ottimale.

Maggiore uniformità si registra in letteratura rispetto allo stile di conduzione: la formazione dei peer educator dovrebbe avvenire in piccoli gruppi ed essere improntata all'interattività così da consentire ai peer educator un apprendimento esperienziale (Le Boterf 2000). Un training adeguato permette di far acquisire ai peer educator informazioni corrette, accurate e non terroristiche sui temi di salute cui si rivolge l'intervento ma anche di far loro sviluppare e sperimentare nuove abilità, *in primis* la capacità di comunicare in modo efficace e la capacità di negoziare, utili nel relazionarsi successivamente con i pari.

Psicodramma, role playing, brainstorming, invenzione di storie, discussioni in piccoli gruppi, visione di spezzoni di film, letture ecc. consentirebbero ai peer educator di approfondire le conoscenze sulle possibili conseguenze negative legate a un dato comportamento, di riflettere sui bisogni psicologici cui quel comportamento a rischio può rispondere e di accrescere le abilità utili a far fronte a quei bisogni in modo sano e a sviluppare un buon adattamento psicosociale. Per far ciò, chi si occupa della formazione deve riconoscere il valore delle conoscenze possedute dai peer educator anche se adolescenti, delle loro esperienze ed emozioni, del loro modo di pensare e di essere (Svenson 1998).

Quella dei peer educator dovrebbe essere una formazione dialogica che offra la possibilità di discutere e confrontarsi, una formazione lontana da interventi non interattivi basati su metodi didattici di tipo verticale che si sono del resto dimostrati meno efficaci (Baumgartner et al. 2004, Canning et al. 2004, Cuijpers 2002). I peer educator gradiscono questa formazione di tipo partecipativo, sebbene dichiarino che occorra loro del tempo per elaborare nuove informazioni, soprattutto se queste si discostano dalle norme sociali e tradizionali (Mevsim et al. 2008).

## La fase attuativa

La conoscenza, gli atteggiamenti e le abilità acquisite dai peer educator durante il training e il "sapere locale" relativo al contesto e alle caratteristiche precipue dei destinatari che lo abitano sono trasformati dai peer educator in attività preventive, attuate dai peer educator in base ai destinatari, sintonizzate con lo slang e lo stile di vita di questi ultimi. In questa possibilità di mettersi alla prova per cambiare la propria comunità sta la dimensione politica della peer education (Di Cesare e Giammetta 2011).

Le attività descritte negli studi variano molto: possono consistere in un pacchetto formativo che comprende diapositive, video, dibattiti, giochi interattivi e role playing (Agha e Van Rossem 2004), o in uno sportello d'ascolto e informazione (Merakou e Kourea-Kremastinou 2006), una rappresentazione teatrale, una manifestazione, una serie di poster da esporre nei centri

sociali o nelle piazze del quartiere con contemporanea distribuzione di volantini informativi. Diversamente, i peer educator possono decidere di coinvolgere opinion leader quali informatori credibili e affidabili o, ancora, di mobilitare altri gruppi giovanili, le istituzioni locali, i politici (Svenson e Burke 2005).

In altri termini, le attività dei peer educator possono prevedere o meno una interazione faccia a faccia e ricalcare in varia misura una comunicazione di tipo verticale.

Altre attività ancora sono le conversazioni che ciascun peer educator può avere con i suoi amici o con piccoli gruppi di persone conosciute in un pub o in un centro aggregativo: il vantaggio di queste situazioni informali e non strutturate è che i peer educator possono ancora di più ritagliare l'intervento su misura per l'altra persona, in una dimensione altamente interattiva (Backett-Milburn e Wilson 2000). Un elemento di particolare importanza è appunto la capacità dei peer educator di entrare in relazione con i destinatari e coinvolgerli. Nell'*ASSIST trial* (Campbell et al. 2008), basato come detto nel paragrafo *Quale la cornice teorica della peer education?* sulla teoria della diffusione delle innovazioni, i peer educator parlavano con i loro compagni riguardo il fumo in contesti informali quali il tempo libero, la pausa pranzo, il tragitto da e verso scuola, senza interventi nelle classi; i peer educator utilizzavano cioè i contesti sociali "naturali" per scambiare informazioni, cosa che richiedeva loro di assumersi la responsabilità di decidere a chi rivolgersi e come farlo (Audrey et al. 2006).

Questione dibattuta relativa alla fase attuativa è la presenza di adulti. Se le attività prevedono discussioni aperte, i peer educator possono sentirsi rassicurati dalla partecipazione dei formatori o, se il contesto è la scuola, dei docenti, che dovrebbero comunque stare attenti a rispettare la centralità del ruolo dei peer educator e a non sostituirsi a essi. È un aspetto da valutare con attenzione. Infatti, sebbene un peer educator adolescente possa trovarsi più a suo agio quando usufruisce dell'aiuto di un adulto per rispondere a domande difficili o per mantenere la disciplina, dall'altro lato l'atmosfera è più aperta e sincera quando gli adulti non presenziano agli incontri (Strange et al. 2002a).

## La supervisione ai peer educator

Essere un peer educator non è semplice: significa confrontarsi con la curiosità e le preoccupazioni dei propri pari, sostenerne talora l'indifferenza o il boicottaggio, comporta esporsi su tematiche delicate e a volte imbarazzanti. A volte i peer educator sono oggetto di bullismo (Strange et al. 2002b).

Diversi studi esaminati sottolineano come ai peer educator vadano costantemente forniti appoggio e supervisione, per evitare che dinanzi a queste difficoltà o in seguito ad aspettative irrealistiche non reagiscano con sconforto e scoraggiamento eccessivi.

Sostenere i peer educator dinanzi alle problematicità e alla paura di non farcela sottintende sostenere la loro motivazione a investire tempo ed energie nel progetto e ad assumersi un certo grado di responsabilità (Fabrizi e Petrucelli 2005): senza motivazione e con forti quote di stress, il rischio di abbandoni è particolarmente alto (Medley et al. 2009).

Gli studi ribadiscono che chi gestisce il progetto dovrebbe curarsi di mantenere vivo l'interesse dei peer educator, coinvolgerli (Svenson e Burke 2005), stimolarli a continuare,

sostenerli emotivamente nel loro lavoro e nelle difficoltà che potrebbero presentarsi (Merakou e Kourea-Kremastinou 2006), prevedere ulteriori incontri di formazione e supervisione mentre i peer educator stanno attuando le attività che hanno progettato (Ergene et al. 2005, Maticka-Tyndale e Barnett 2010, Perry et al. 2009).

Per irrobustire e sostenere la motivazione dei peer educator alcuni progetti ricorrono a incentivi di vario tipo. Ricompensare o meno i peer educator è in effetti un altro tema aperto. Se alcuni interventi danno piccole somme di danaro per rimborsare le spese, ad esempio gli spostamenti (Denison et al. 2012, Ebreo et al. 2002, Ergene et al. 2005), altri utilizzano incentivi non economici come l'iscrizione ad associazioni giovanili o biglietti gratuiti per andare a un concerto o al cinema, magliette e zaini. Nei progetti attuati nel contesto scolastico, i peer educator vedono a volte il loro impegno valutato come credito formativo (Pellai et al. 2002).

## La valutazione dell'efficacia

Alla enorme varietà di progetti riscontrabile nella sconfinata letteratura sulla peer education si aggiunge che gli studi presentano spesso limitazioni metodologiche (ad esempio, l'esiguità del campione) e i *trial* randomizzati sono pochi. I metodi di reclutamento dei peer educator e i dettagli del loro training (durata, modalità, obiettivi ecc.) non sempre vengono specificati e a volte viene riportata quale unica misura di valutazione dell'efficacia il numero di peer educator formati o che non hanno abbandonato il progetto. Gli studi mancano spesso di una descrizione dettagliata delle attività attuate dai peer educator, gli obiettivi del progetto soddisfano soltanto a volte i criteri di precisione, chiarezza, realizzabilità, misurabilità (Borca 2008) e non sempre è specificata la teoria in base alla quale si è progettato un intervento.

Se si considera inoltre che, in generale, il cambiamento procede in modo non necessariamente lineare, che gli effetti di un intervento possono presentarsi anche molto tempo dopo la sua conclusione e che le variabili che concorrono al risultato sono tantissime, non si può che concludere che la peer education è una strategia difficile da valutare e migliorare: a tutt'oggi le condizioni di efficacia della peer education non sono chiare.

Metanalisi (Bangert-Drowns 1988, Medley et al. 2009, Tobler 1986, 1992) e revisioni sistematiche (Kim e Free 2008, Maticka-Tyndale e Barnett 2010, Tollì 2012) sulla prevenzione dell'assunzione di sostanze psicoattive e sulla salute riproduttiva hanno evidenziato come l'efficacia della peer education diminuisca man mano che si passa dal livello delle conoscenze a quello degli atteggiamenti a quello del comportamento: la peer education è cioè in grado di incrementare le conoscenze, di esercitare una certa influenza sugli atteggiamenti e sulle abilità, ma di ricadere solo in modesta misura sul comportamento.

La questione degli effetti è oltremodo controversa e alcuni studi rilevano un effetto addirittura opposto a quello che si voleva ottenere: ad esempio, *On the road*, intervento esaminato nel paragrafo *Come reclutare i peer educator?*, ha evidenziato un incremento nelle conoscenze relative al rapporto tra guida e consumo di alcol, ma anche una modifica degli atteggiamenti relativi all'assunzione di alcol nel senso di una maggiore indulgenza (Cristini et al. 2005).

Diversamente, l'*ASSIST trial* ha mostrato anche al follow-up a due anni una riduzione significativa nel numero dei neo-fumatori (Campbell et al. 2008); l'effetto su studenti già fumatori

non è invece significativo, il che confermerebbe l'importanza del *timing* degli interventi, cioè il fatto che gli interventi condotti nella fase di iniziale uso o di sperimentazione siano più efficaci.

Anche il progetto *MYTRI (Mobilizing Youth for Tobacco-Related Initiatives in India)*, condotto in trentadue scuole dell'India per prevenire e ridurre le diverse forme di uso del tabacco e basato sulla teoria social cognitiva di Bandura, ha confermato una riduzione nel consumo di sigarette e *bidi* a due anni dalla conclusione dell'intervento (Perry et al. 2009). Il progetto *MYTRI* ha inoltre ribadito il legame tra consumo di tabacco e influenza del gruppo dei pari e l'importanza di sviluppare la capacità di resistere a tale influenza (Bate et al. 2011).

Alcuni studi si sono soffermati anche sulla valutazione degli effetti sui peer educator stessi: l'essere peer educator determinerebbe effetti positivi sulla percezione di se stessi, in particolare per quanto riguarda l'autostima e la capacità di problem solving (Goto et al. 2010), la conoscenza di sé e degli altri (Visser 2007), la leadership e i comportamenti di salute (Badura et al. 2000), le convinzioni di autoefficacia (Baumgartner et al. 2004).

## La peer education in Italia

Anche in Italia il panorama di interventi di peer education è alquanto variegato e gli interventi tantissimi. Si va da progetti con un approccio *top-down* in cui i peer educator sono brevemente formati su informazioni e comportamenti salutari e le iniziative di prevenzione da loro attuate sono decise in modo unilaterale da chi gestisce l'intervento, ad altri in cui i peer educator sono coinvolti attivamente in ogni fase, dall'analisi della situazione, alla scelta della finalità, alla progettazione, alla realizzazione e alla valutazione degli interventi, con il costante supporto degli esperti e la possibilità di prendere insieme a loro delle decisioni. Pellai, Rinaldin e Tamborini (2002) hanno indicato questi due modelli estremi rispettivamente come *modello puro* ed *empowered peer education*.

Nel tipo di peer education più diffuso in Italia, sviluppatosi negli anni Novanta soprattutto dietro la spinta della Circolare Ministeriale 653/1996 che promuove il protagonismo degli adolescenti all'interno della scuola secondaria di secondo grado, il livello di partecipazione e di autonomia è intermedio tra il modello puro, in cui gli adolescenti sono in definitiva dei cloni degli adulti, e l'*empowered peer education*. Esso consiste infatti in progetti in cui gli obiettivi sono determinati dai professionisti ma progettazione e realizzazione sono concordate con i peer educator. Tale famiglia di interventi è denominata da Pellai, Rinaldin e Tamborini (2002) come *modelli misti*.

Quella che viene fornita di seguito è una breve panoramica che non intende certo essere esaustiva rispetto agli interventi di peer education condotti nel nostro paese con gli adolescenti nel contesto scolastico, una panoramica che mira piuttosto a sottolineare come anche da noi la peer education si declini con modalità teorico-operative diverse.

Molti progetti di peer education in Italia riguardano la salute riproduttiva. Tra questi, il lavoro iniziato già nel 1996 dall'associazione *Contorno Viola* a Verbania e coordinato da Mauro Croce (Croce et al. 2010): in particolare, il progetto *Peer Empowerment e IST (Infections Sexually Transmitted)*, articolato in incontri nelle classi condotti dai soli peer educator e incontri condotti dai docenti, ha mirato, tra l'altro, allo sviluppo in peer educator e studenti di un *Health locus*



of control interno, cioè allo sviluppo della tendenza ad attribuire il proprio benessere al proprio comportamento e non a cause esterne. Questo obiettivo è stato raggiunto. Tuttavia, le ragazze, oltre a un Health locus of control interno, hanno mostrato un incremento delle rappresentazioni stereotipiche dell'HIV/AIDS quale malattia riservata a omosessuali e tossicodipendenti.

Molto diversa da quella di Verbania è la peer education attuata nel 1999-2003 all'interno del programma *Autonomia, Life Skills e Peer Education*, un programma nazionale voluto dal Ministero della Pubblica Istruzione con l'obiettivo di promuovere le life skill dei giovani delle scuole superiori attraverso la peer education. Le classi coinvolte dovevano individuare un'area problematica e una conseguente area di miglioramento su cui poi si sarebbe sviluppato il progetto. Le aree di miglioramento individuate più frequentemente sono state la prevenzione dell'uso di droghe, l'integrazione degli studenti stranieri, i disturbi alimentari, la motivazione e la consapevolezza di sé (Boda e Svenson 2002). In *Autonomia, Life Skills e Peer Education* la teoria di riferimento è stato il modello social cognitivo di Bandura (1986, 1997) e gli obiettivi erano connessi allo sviluppo delle convinzioni di efficacia relative alle life skill, partendo dal presupposto che le convinzioni di efficacia influenzano profondamente il comportamento di una persona o di un gruppo (Pastorelli et al. 2002). Il progetto ha registrato un incremento dell'autoefficacia percepita nel problem solving e, per gli studenti degli istituti tecnici, nella comunicazione, a fronte di una diminuzione dell'efficacia percepita dalle studentesse nella comunicazione (Vecchio et al. 2002). È inoltre emerso il ruolo centrale svolto dal coinvolgimento e dalla partecipazione di tutte le componenti scolastiche - studenti, docenti, genitori, dirigente scolastico - nel successo di un intervento (Baumgartner et al. 2004).

Ersilia Menesini (2007) ha utilizzato la peer education in interventi per contrastare il bullismo e promuovere un *ethos* scolastico che ruoti intorno al rispetto degli altri. Data la natura sociale del bullismo e le dinamiche di potere che stanno alla sua base (Salmivalli 2001), l'obiettivo è stato l'attivazione di quella *maggioranza silenziosa* di persone che, pur non approvando le prepotenze, di fatto le tollera, per paura di ritorsioni, per indifferenza o per quieto vivere, oltre che sostenere la vittima. In particolare, il progetto *Noncadiamointrappola 2nd edition*, attuato in Toscana, ha dedicato specifica attenzione allo sviluppo di efficaci strategie di *coping*, segnatamente le strategie di problem solving, sia in chi è vittima che in chi assiste agli episodi di bullismo (Palladino et al. 2012). In *Noncadiamointrappola 2nd edition*, i peer educator erano dei volontari che, ultimata la formazione su abilità quali l'empatia, la comunicazione, il problem solving, si sono impegnati in attività educative condotte col supporto dei docenti. I peer educator hanno prodotto insieme ai loro compagni di classe un breve video o dei poster, hanno attivato un servizio di peer counselling o hanno moderato su internet un forum dedicato al bullismo e al cyberbullismo. *Noncadiamointrappola 2nd edition* ha registrato una significativa diminuzione degli episodi di bullismo.

## Conclusioni

Il presente studio evidenzia l'estrema eterogeneità di teorie, procedure e risultati dei progetti raggruppati sotto il termine *peer education*. Di fatto, progetti efficaci sono stati condotti in modo diverso: a tutt'oggi le specifiche caratteristiche di un modello efficace di peer education non sono



ben delineate ed è difficile individuare un nesso saldo tra una particolare declinazione dei diversi elementi che compongono un intervento di peer education – ad esempio il metodo di selezione dei peer educator, il training o la supervisione – e l'efficacia (Harden et al. 2001, Medley et al. 2009, Simoni et al. 2011). C'è bisogno di ulteriori studi, condotti con un disegno di ricerca rigoroso, che gettino luce sulle condizioni di efficacia della peer education.

Di certo, la peer education è una strategia complessa, che richiede molte risorse e un alto livello di manutenzione e che, per funzionare, necessita di un'attenta pianificazione, basata su una teoria del cambiamento, che identifichi i bisogni e gli obiettivi, selezioni i destinatari, chiarisca i criteri di reclutamento dei peer educator, sviluppi un piano di lavoro, preveda una costante supervisione, stimi le risorse occorrenti, includa monitoraggio e valutazione, il tutto in una dimensione partecipata.

Costruire un intervento di peer education è uno sforzo collettivo, un prodotto unico che, nascendo da e in uno specifico contesto, coniuga la dimensione progettuale *top-down*, che parte dalle conoscenze teoriche su un'area di intervento, con quella *bottom-up*, in cui è la stessa popolazione target a costruire l'intervento. Sarà un progetto aperto, che si aggiusterà e cambierà a seguito di continui confronti con i diretti interessati.

La peer education richiede un costante esercizio di flessibilità e, se vuole rispecchiare ciò che serve ai suoi destinatari, non può essere un pacchetto teorico-operativo già confezionato che anticipa bisogni e traccia percorsi immutabili. In un'ottica di questo tipo, la valutazione di processo, condotta nel corso dell'intervento stesso, ha altrettanta importanza che quella di impatto: capire che cosa sta davvero accadendo fornisce infatti informazioni utili da un lato a migliorare l'intervento stesso e ripensarlo in tempo reale, in un assetto di accomodamento al contesto, e dall'altro a dare un maggiore senso alla valutazione di impatto, cui del resto non ci si può permettere di rinunciare nonostante gli investimenti che richiede: ad esempio, la difficoltà nel reclutare persone disposte a fare i peer educator o l'alta percentuale di abbandoni sono elementi che non è ammissibile trascurare.

Così facendo, la valutazione di processo si delinea come una spinta dinamica che accompagna un progetto in ogni sua fase, fornendo informazioni sulle situazioni reali: ci pare sia questa la direzione da seguire, se vogliamo davvero capire come funziona la peer education.

## Limiti

Il presente articolo non è una revisione sistematica né comprende analisi di tipo quantitativo.

Tuttavia, per ridurre le possibili distorsioni e le errate conclusioni dovute alla perdita o alla omissione di importanti studi, la letteratura consultata è stata reperita interrogando più data base (*Medline, ProQuest, PsychINFO, Scopus, Web of Science*), come specificato nel paragrafo *Metodo*.

Ulteriori studi, soprattutto in lingua italiana, sono stati individuati consultando la bibliografia delle principali revisioni e degli autori di riferimento.

## Riassunto

**Parole chiave:** peer education, educazione tra pari, adolescenza, comportamenti a rischio, prevenzione, promozione della salute, analisi dei bisogni, scuola

La peer education è una strategia d'intervento ampiamente utilizzata nell'ambito della prevenzione dei comportamenti a rischio e della promozione della salute. In essa, alcune persone di una comunità (i *peer educator*), dopo essere state opportunamente formate, intraprendono attività educative con altre persone loro pari, al fine di potenziarne conoscenze, atteggiamenti, competenze e comportamenti salutari. Gli autori discutono e sintetizzano la letteratura sull'argomento, rivolgendo una particolare attenzione ai progetti di peer education attuati nel contesto scolastico, con adolescenti e giovani adulti, destinatari privilegiati di interventi di prevenzione e promozione basati su tale strategia.

Vengono dunque esaminati i diversi elementi costitutivi della peer education: la cornice teorica, gli obiettivi, la *peeriness*, il legame con il contesto, i criteri di reclutamento dei peer educator, la loro formazione, la fase attuativa, la supervisione, la valutazione dell'efficacia degli interventi.

Gli autori concludono che, a dispetto della sua grande diffusione, della lunga storia, dell'appoggio ricevuto da organizzazioni intergovernative come l'ONU e l'Unione Europea, attualmente non è ancora chiaro quale di questi elementi esaminati renda la peer education, pur tra tanti dubbi e perplessità, una strategia in grado di incrementare le conoscenze, esercitare una certa influenza sugli atteggiamenti e sulle abilità, ricadere in misura minore sul comportamento.

## PEER EDUCATION: OPEN ISSUES

### Abstract

**Key words:** peer education, adolescence, risk behavior, prevention, health promotion, needs analysis, school

Peer Education is an approach widely used in preventing risk behaviors and promoting healthy lifestyles, in which well-trained community members (*peer educators*) undertake informal or organized educational activities with their peers with the aim to develop knowledge, attitudes, skills, and healthy behaviors among them. Authors discuss and summarize the literature on this topic and focus on peer education programs delivered in schools, with adolescents and young adults, to whom prevention and promotion efforts based on this approach are primarily directed.

The key elements of peer education are reviewed: theoretical background, objectives, peeriness, link with the context, recruitment criteria for peer educators, their training, implementation phase, support, evaluation of the effectiveness.

The authors conclude that, in spite of its widespread use, its long history, and the support received from intergovernmental organizations like the United Nations and European Union, it is up to now unclear which of these elements makes peer education, even with many doubts and misgivings, a strategy that can increase knowledge and exert a positive influence on attitudes and skills, and sometimes on behavior.

## Bibliografia

- Agha S, Van Rossem R (2004). Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. *Journal of Adolescent Health* 34, 5, 441-452.
- Al-Iryani B, Basaleem H, Al-Sakkaf K, Crutzen R, Kok G, van den Borne B (2011). Evaluation of a school-

- based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents. *BMC Public Health* 11, 279.
- Al-Iryani B, Basaleem H, Al-Sakkaf K, Kok G, van den Borne B (2013). Process evaluation of school-based peer education for HIV prevention among Yemeni adolescents. *SAHARA-J* Jun 18. [Epub ahead of print].
- Audrey S, Holliday J, Campbell R. (2006). It's good to talk: adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. *Social Science & Medicine* 63, 320-34.
- Backett-Milburn K, Wilson S (2000). Understanding Peer Education: Insights from a Process Evaluation. *Health Education Research* 15, 1, 85-96.
- Badura AS, Millard M, Peluso EA, Ortman N (2000). Effects of peer education training on peer educators: Leadership, self-esteem, health knowledge, and health behaviors. *Journal of College Student Development* 41, 5, 471-478.
- Badura Brack A, Millard M, Shah K (2008). Are Peer Educators Really Peers? *Journal of American College Health* 56, 5, 566-568.
- Bandura A (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Bandura A (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. Freeman, New York. Tr. It. *Autoefficacia. Teoria e Applicazioni*. Erickson, Trento 2000.
- Bangert-Drowns RL (1988). The Effects of School-Based Substance Abuse Education: A Meta-Analysis. *Journal of Drug Education* 18, 3, 243-64.
- Bate LS, Stigler MH, Thompson MS, MacKinnon DP, Arora M, Perry CL, Reddy SK (2012). A Qualitative Mediation Study to Evaluate a School-Based Tobacco Prevention Program in India (Project MYTRI). *Field Methods* 24, 2, 194-215.
- Baumgartner E, Bombi AS, Pastorelli C (2004). Dall'educazione "verticale" all'educazione "orizzontale": i coetanei come risorsa. *Psicologia dell'educazione e della formazione* 6, 1, 13-26.
- Boda G, Svenson G (2002). Life skills e peer education nel contesto europeo ed italiano. *Scuola e Città* 3, 58-77.
- Bombi AS, Pepe S, Vecchio GM, Vecchione M (2007). Il pari come educatore per la promozione di abilità di vita: intervento nella scuola superiore. *Psicologia dell'educazione* 1, 1, 75-90.
- Bonino S, Cattelino E, Ciairano S (2007). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Nuova edizione, Giunti, Firenze-Milano.
- Borca G (2008). La valutazione dei progetti di prevenzione del rischio: un'impresa possibile. In Bonino S, Cattelino E (a cura di) *La prevenzione in adolescenza*, pp. 111-146. Erickson, Trento.
- Borgia P, Marinacci C, Schifano P, Perucci CA (2005). Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health* 36, 508-516.
- Bulduk S, Erdogan S (2012). The Effects of Peer Education on Reduction of the HIV/Sexually Transmitted Infection Risk Behaviors Among Turkish University Students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 23, 233-243.
- Campbell C (2003). *Letting them die: why HIV prevention programmes fail*. James Currey, Oxford.
- Campbell C, MacPhail C (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social science and medicine* 55, 2, 331-345.
- Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet* 371, 1595-1602.
- Canning U, Millward L, Raj T, Warm D (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Health Development Agency, London.
- Caprara GV (2002) Introduzione al numero monotematico "Formazione alle life skills e sperimentazione della peer education in Italia". *Scuola e città* 3, 3-8.
- Chiao C, Morisky DE, Ksobiech K, Malow RM (2009). Promoting HIV Testing and Condom Use Among Filipina Commercial Sex Workers: Findings from a Quasi-Experimental Intervention Study. *AIDS and Behavior* 13, 5, 892-902.
- Collins S (2002). Building Collaboration and Balancing Stakeholder Needs in Comprehensive Health and

- Guidance Programming. *Canadian Journal of Counselling* 36, 1, 63-72.
- Cornish F, Campbell C (2009). The social conditions for successful peer education: a comparison of two HIV prevention programs run by sex workers in India and South Africa. *American journal of community psychology* 44, 1-2, 123-135.
- Cristini F, Forcella MC, Santinello M, Vieno A, Zuccaro P (2005). Evaluation of a peer education project: alcohol use and alcohol related driving risk during adolescence. *European Journal of School Psychology* 3, 2, 271-291.
- Croce M, Cristini F, Gnemmi A, Sacchi L (2010). Peer education e prevenzione dell'Aids: più responsabilità verso la propria salute. *Psicologia di comunità* 2, 99-112.
- Croce M (2011). Verso una clinica della prevenzione. In Croce M, Lavanco G, Vassura M (a cura di) *Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione*, pp. 61-82. Edizioni Franco Angeli, Milano.
- Cuijpers P (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education* 32, 2, 107-119.
- Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M (2012). Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Education Research* 27, 2, 237-247.
- Di Cesare G, Giammetta R (2010). Prevenire e promuovere salute in adolescenza. La Peer education. *Rivista Sperimentale di Freniatria* CXXXIV, 1, 135-153.
- Di Cesare G, Giammetta R (2011). *L'adolescenza come risorsa. Una guida operativa alla peer education*. Carocci, Roma.
- DOXA, Istituto Superiore di Sanità (2013). *Il fumo in Italia*. Testo disponibile al sito: [http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/Indagine\\_Doxa\\_2013.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/Indagine_Doxa_2013.pdf)
- Ebreo A, Feist-Price S, Siewe Y, Zimmerman RS (2002). Effects of peer education on the peer educators in a school-based HIV prevention program: Where should peer education research go from here? *Health Education & Behavior* 29, 4, 411-423.
- Ergene T, Çok F, Tümer A, Ünal S (2005). A controlled-study of preventive effects of peer education and single-session lectures on HIV/AIDS knowledge and attitudes among university students in Turkey. *AIDS Education and Prevention* 17, 3, 268-278.
- Fabrizi A, Petruccelli I (2005). Il progetto "Orientarsi per non disperdersi". In Petruccelli I, Fabrizi A (a cura di) *Orientarsi per non disperdersi. Una ricerca-intervento sull'educazione tra pari*, pp. 40-55. Edizioni Franco Angeli, Milano.
- Fishbein M, Ajzen I (1979). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Addison Wesley, Reading, MA.
- Flanagan D, Williams C, Mahler H (1996). *Peer Education in Projects Supported by AIDCSAP: A Study of Twenty-one Projects in Africa, Asia and Latin America*. AIDSCAP/Family Health International, Arlington, VA.
- Goto K, Pelto HP, Pelletier DL, Tiffany JS (2010). "It Really Opened My Eyes": The Effects on Youth Peer Educators of Participating in an Action Research Project. *Human Organization* 69, 2, 192-199.
- Green LW, Kreuter MW (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4<sup>th</sup> edition). McGraw-Hill, New York.
- Harden A, Oakley A, Oliver S (2001). Peer-delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs. *Health Education Journal* 60, 4, 339-353.
- Hart G, Williamson L, Flowers P (2004). Good in parts: the Gay Men's Task Force in Glasgow - a response to Kelly. *AIDS Care* 16, 2, 159-165.
- Jessor R (1998). (ed.) *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge University Press, New York.
- Kelly JA, Murphy DA, Sikkema KJ, McAuliffe TL, Roffman RA, Solomon LJ, Winette RA, Kalichmana SC, The Community HIV Prevention Research Collaborative (1997). Randomized, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behavior among homosexual men in US cities. *Lancet* 350, 1500-1504.
- Kim CR, Free C (2008). Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *International Family Planning Perspectives* 34, 2, 89-96.

- Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A (2004). Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Education Research* 19, 6, 730-738.
- Larson R, Wilson S, Rickman A (2009). Globalization, Societal Change, and Adolescence across the World. In Lerner RM, Steinberg L (editors) *Handbook of adolescent psychology* (3rd edition), vol 2, pp. 590-622. John Wiley & Sons, New Jersey.
- Le Boterf G (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence*. Éditions d'Organisation, Paris.
- Lerner RM, Abo-Zena M, Bebiroglu N, Brittan A, Lynch AD, Isaac S (2009). Positive youth development: Contemporary theoretical perspectives. In Di Clemente RJ, Santelli JS, Crosby RA (editors) *Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviors*, pp. 115-128. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA.
- Li S, Huang H, Cai Y, Shen X, Shi R, Xu G (2010). Evaluation of a school-based HIV/AIDS peer-led prevention programme: the first intervention trial for children of migrant workers in China. *International Journal Of STD & AIDS* 21, 2, 82-86.
- Mason-Jones A, Flisher AJ, Matthews C (2011). Who are the peer educators? HIV prevention in South African schools. *Health Education Research* 26, 563-71.
- Maticka-Tyndale E, Barnett JP (2010). Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review.[Quick Edit] *Evaluation and program planning* 33, 2, 98-112.
- Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M (2009). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention* 21, 3, 181-206.
- Menesini E (2007). Vecchie e nuove forme di bullismo. Dall'evoluzione del fenomeno ai modelli di intervento a scuola. *Cittadini in Crescita* 1, 29-47.
- Merakou K, Kourea-Kremastinou J (2006). Peer education in HIV prevention: An evaluation in schools. *European Journal of Public Health* 16, 128-32.
- Mevsim V, Dilek G, Nilgun O, Saygin O (2008). What was retained? The assessment of the training for the peer trainers' course on short and long term basis. *BMC Public Health* 8, 24.
- Michielsen K, Beauclair R, Delva W, Roelens K, Van Rossem R, Temmerman M (2012). Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial. *BMC Public Health* 12, 729.
- Mukoma W, Flisher A, Ahmed N, Jansen S, Mathews C, Klepp K-I, Schaalma H (2009). Process evaluation of a school-based HIV/AIDS intervention in South Africa. *Scandinavian Journal of Public Health* 37, 2, 37-47.
- Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist* 58, 6-7, 449-456.
- Ochieng B (2003). Adolescent Health Promotion: The Value of Being a Peer Leader in a Health Education/Promotion Peer Education Programme. *Health Education Journal* 62, 1, 61-72.
- Palladino BE, Nocentini A, Menesini E (2012). Online and offline peer led models against bullying and cyberbullying. *Psicothema* 24, 634-639.
- Palmonari A, Crocetti E (2011). Identità e concetto di sé. In Palmonari A (a cura di) *Psicologia dell'adolescenza* (Terza edizione), pp. 67-90. il Mulino, Bologna.
- Pastorelli C, Gerbino M, Giunta MR (2002) Modelli teorici e valutazione degli interventi di prevenzione: un'esperienza italiana. *Scuola e città* 3, 9-29.
- Pedata LT, Renzetti C, Sbardellati P, Sala S (2005). Resoconto e riflessioni degli operatori psicologi. In Petruccioli I, Fabrizi A (a cura di) *Orientarsi per non disperdersi. Una ricerca-intervento sull'educazione tra pari*, pp. 56-81. Edizioni Franco Angeli, Milano.
- Pellai A, Rinaldin V, Tamborini B (2002). *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*. Erickson, Trento.
- Perry CL, Stigler MH, Arora M, Reddy KS (2009). Preventing Tobacco Use Among Young People in India: Project MYTRI. *American Journal of Public Health* 99, 5, 899-906.
- Pietropoli Charmet G (1997). *Amici, compagni, complici*. Edizioni Franco Angeli, Milano.
- Rogers EM (2003). *Diffusion of innovations* (5th edition). Free Press, New York, NY.

- Salmivalli C (2001). Peer-led intervention campaign against school bullying: who considered it useful, who benefited? *Educational Research* 43, 3, 263-278.
- Santinello M, Barbato MC (2011). La valutazione della peer education. In Croce M, Lavanco G, Vassura M (a cura di) *Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione*, pp. 105-138. Edizioni Franco Angeli, Milano.
- Schaalma H, Kok G (2006). A school HIV-prevention program in the Netherlands. In Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb N (editors). *Planning Health Promotion Programs - An Intervention Mapping Approach*, pp. 511-544. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA.
- Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, Jones J, Clegg A, Hartwell D, Frampton GK, Price A (2010). The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 14, 7, 1-230.
- Shiner M (1999). Defining peer education. *Journal of Adolescence* 22, 4, 555-566.
- Simonelli C, Rossi R, Selvaggi C, Accattatis C (2002). Peer education e prevenzione dell'infezione da HIV: valutazione di un intervento. *Rivista di sessuologia clinica* 11, 1, 17-30.
- Simoni JM, Nelson KM, Franks JC, Yard SS, Lehavot K (2011). Are Peer Interventions for HIV Efficacious? A Systematic Review. *AIDS and Behavior* 15, 8, 1589-1595.
- Sloane BC, Zimmer CG (1993). The power of peer health education. *Journal of American College Health* 41, 6, 241-245.
- Starkey F, Audrey S, Holliday J, Moore L, Campbell R (2009). Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: the example of A Stop Smoking In Schools Trial (ASSIST). *Health Education Research* 24, 6, 977-988.
- Stephenson JM, Strange V, Forrest S, Oakley A, Copas A, Allen E, Babiker A, Black S, Ali M, Monteiro H, Johnson AM, the RIPPLE study team (2004). Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet* 364, 338-46.
- Strange V, Forrest S, Oakley A, RIPPLE Study Team (2002a). Peer-led sex education-characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Education Research* 17, 3, 327-337.
- Strange V, Forrest S, Oakley A, RIPPLE Study Team (2002b). What influences peer-led sex education in the classroom? A view from the peer educators. *Health Education Research* 17, 3, 339-49.
- Svenson GR (1998). *European guidelines for youth AIDS peer education*. European Commission Europeer, Lund University, Lund.
- Svenson GR, Burke H (2005). *Formative Research on Youth Peer Education Program Productivity and Sustainability. Youth Research Working Paper N°3*. Family Health International, Arlington, VA.
- Swartz S, Deutsch C, Makoae M, Michel B, Harding JH, Garzouzie G, Rozani A, Runciman T, Van der Heijden I (2012). Measuring change in vulnerable adolescents: Findings from a peer education evaluation in South Africa, *SAHARA-J* 9, 4, 242-254.
- Tobler NS (1986). Meta-Analysis of 143 Adolescent Drug Prevention Programs: Quantitative Outcome Results of Program Participants Compared to a Control or Comparison Group. *Journal of Drug Issues* 16, 4, 537-567.
- Tobler NS (1992). Drug Prevention Programs Can Work: Research Findings. *Journal of Addictive Diseases* 11, 3, 1-28.
- Tolli MV (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research* 27, 5, 904-913.
- Turner G, Shepherd J (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research: Theory & Practice* 14, 2, 235-247.
- United Nations Population Fund and Family Health International (2005). *Training of Trainers Manual: Youth Peer Education Toolkit*. United Nations Population Fund and Family Health International, New York, NY, and Arlington, VA.
- United Nations Programme on HIV and AIDS (1999). *Peer education and HIV/AIDS: concepts, uses, and*



- challenges*. UNAIDS, Geneva.
- Valente TW, Hoffman BR, Ritt-Olson A, Lichtman K, Johnson CA (2003). Effects of a Social-Network Method for Group Assignment Strategies on Peer-Led Tobacco Prevention Programs in Schools. *American Journal of Public Health* 93, 11, 1837-1843.
- Valente TW, Unger JB, Ritt-Olson A, Cen SY, Johnson CA (2006). The interaction of curriculum type and implementation method on 1-year smoking outcomes in a school-based prevention program. *Health Education Research* 21, 3, 315-324.
- Vecchio GM, Picconi L, Paciello M, Boda G (2002) Efficacia nelle life skills: definizione, misura e sviluppo attraverso un programma di peer education. *Scuola e città* 3, 92-113.
- Visser MJ (2007). HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa. *SAHARA-J* 4, 3, 678-694.
- Wolf RC, Bond KC (2002). Exploring similarity between peer educators and their contacts and AIDS-protective behaviours in reproductive health programmes for adolescents and young adults in Ghana. *AIDS Care* 14, 3, 361-373.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: an International Conference on Health Promotion*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *Health Promotion International* 12, 261-264.
- Zuccaro P, Bonetti S, Arosio A (2007). Incontro con le classi, selezione e formazione dei *peer*. In Forcella MC, Bergamo A, Zuccaro P (a cura di) *Peer education - Prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive correlate alla guida di moto, motorini ed auto*, pp. 37-48. CIC Edizioni Internazionali, Roma.

## **Corrispondenza**

Gianluigi Di Cesare  
Psichiatra, psicologo analista  
DSM Roma-E, PreSaM associazione onlus  
e-mail: gianluigidicesare@tiscali.it

Rosalia Giammetta  
Psicologa, psicoterapeuta  
PreSaM associazione onlus  
e-mail: rosaliagiammetta@gmail.com