

INTRODUZIONE

Questa tesi si propone di descrivere e analizzare i risultati di una ricerca-intervento, volta alla promozione di stili di vita sani, realizzata presso l'ITCG "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" di Roma.

La ricerca-intervento parte dagli assunti e dalle strategie della promozione della salute e si volge alla comprensione dei meccanismi alla base di una alimentazione non corretta e del fumo di tabacco, al fine di elaborare tecniche che portino verso comportamenti di salute.

Un'alimentazione sbagliata e l'abitudine al fumo rappresentano stili di vita rilevanti, o "cause delle cause", in termini di rischio per lo sviluppo delle principali malattie croniche.

Le malattie croniche, o non trasmissibili, sono in aumento in tutto il mondo, Europa e Italia comprese. Nel nostro Paese, le malattie croniche, e in particolare le patologie cardiovascolari e il cancro, sono responsabili del più alto tasso di mortalità totale che è pari all'81%. La letteratura scientifica sul tema evidenzia come i fattori coinvolti nell'insorgenza delle malattie croniche si possono identificare in due grandi categorie: i fattori genetici non modificabili, la cui espressione dipende anche da condizioni ambientali, e i fattori comportamentali modificabili, tra i quali l'alimentazione, l'attività fisica e il fumo di tabacco. In questi termini, c'è abbastanza consenso attorno all'idea che, in base alle ricerche e agli studi scientifici attuali, la promozione della salute e la prevenzione di numerose condizioni di malattia e morte prematura siano connesse con l'adozione di stili di vita sani.

La rilevanza degli stili di vita per la prevenzione delle malattie croniche e per la promozione di una più alta qualità della vita è quindi alla base della nostra ricerca intervento, che copre e descrive un arco di tempo di tre anni.

La metodologia dell'intervento si basa sui principi del *learning by doing* e sulle tecniche della *peer education* o educazione tra pari. L'obiettivo generale è quello di coinvolgere gli studenti nel progetto e favorire l'emergere di nuove consapevolezza sui temi della corretta alimentazione, il fumo di tabacco e lo svolgimento di attività fisica. Si tratta di tematiche individuate dagli studenti-*tutor* dell'intervento, in seguito ad una fase di *brainstorming* e in linea con i principi dell'educazione tra pari.

I dati qualitativi e testuali sono stati raccolti attraverso i *focus group* gestiti dagli studenti-*tutor* con la supervisione degli esperti. Uno strumento che ha permesso di approfondire questioni implicite, meno "visibili", correlate agli stili alimentari e all'abitudine al fumo di tabacco.

I dati quantitativi sono stati raccolti attraverso la somministrazione di due questionari su alimentazione/attività fisica e fumo di tabacco, la rilevazione del livello di Monossido di Carbonio o CO espirato e dell'Indice di Massa Corporea o IMC.

Nel primo capitolo descriveremo il quadro teorico di riferimento. Saranno riportati brevemente i principi dei modelli e degli approcci alla base della nostra visione e che orientano la ricerca-intervento che proponiamo in questa tesi. Lo sviluppo delle strategie della promozione della salute viene così inserita all'interno dell'approccio salutogenico e riferita alla teoria dell'apprendimento sociale che, attraverso la specifica dell'apprendimento vicario, è alla base del modello di intervento che proponiamo.

Nel secondo capitolo esporremo alcuni dati che dimostrano l'enorme impatto che hanno le malattie croniche sull'aspettativa di vita della popolazione, sia in termini di mortalità sia in termini di disabilità. Inoltre, in questo capitolo tratteremo dell'importanza del contesto scolastico per l'implementazione di interventi di promozione della salute capaci di favorire lo sviluppo di empowerment. Nell'ultimo paragrafo descriveremo alcuni aspetti fondamentali dell'adolescenza come fase di vita, soprattutto con riferimento al tema dell'identità, dell'autonomia e della propensione al rischio.

Nel terzo capitolo entreremo più nel vivo della ricerca-intervento descrivendo gli obiettivi preposti, la metodologia della *peer education* e gli strumenti alla base della raccolta e dell'analisi dei dati quantitativi e qualitativi o testuali. Riporteremo anche i principi basilari della tecnica del *focus group*, in quanto strumento centrale del nostro lavoro a scuola.

Nel quarto capitolo descriveremo i dati quantitativi ottenuti attraverso la somministrazione dei due questionari su alimentazione/attività fisica e fumo di tabacco. I dati saranno riportati al fine di chiarire il quadro generale, o fare un'analisi della situazione, rispetto agli stili di vita degli studenti del "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" su alimentazione, attività fisica e fumo di tabacco. In questo capitolo commenteremo anche i risultati delle analisi statistiche maggiormente rilevanti, connesse con il rapporto prima colazione/sovrappeso e fumo di tabacco/livello di Monossido di Carbonio o CO espirato.

Nel quinto capitolo saranno illustrati e descritti i risultati dell'analisi del testo, elaborati attraverso il software T-LAB. Il commento si centerà sui due fattori emersi attraverso l'analisi delle corrispondenze e sui tre principali cluster identificati dal software. Questa tipologia di analisi si lega alla possibilità di identificare quelle dimensioni maggiormente implicite, associate con gli stili alimentari e l'abitudine al fumo, prevalenti tra gli studenti.

Capitolo Primo - IL QUADRO TEORICO: RIFERIMENTI, VISIONE E IMPOSTAZIONE

Ogni azione è conoscenza, ogni conoscenza azione
H. Maturana, F. Varela

1 - Il concetto di salute

Con il concetto di salute ci si riferisce a uno stato che solo in apparenza sembra chiaramente definibile. In effetti, è alquanto difficile proporre una definizione di salute basata su obiettivi e criteri chiaramente identificabili. Nell'uso quotidiano, la salute è descritta secondo due diverse accezioni: una negativa e una positiva. La versione negativa definisce la salute quale stato di assenza di malattia o disabilità fisica. Essa nasce all'interno di un modello medico-biologico che considera non in salute le persone che sono affette da specifiche malattie croniche o che hanno handicap fisici dovuti a determinate patologie. Il limite di questa definizione risiede nel fatto che si riferisce soltanto ai fattori fisici o somatici, non considerando gli aspetti del mantenimento o del miglioramento dello stato di salute. In pratica, l'accezione "in negativo" non definisce la salute, quanto piuttosto la malattia, permettendo di ricavare il significato e il senso di salute quale scarto dal "modello" della malattia.

In generale, la salute dipende sia da molteplici fattori obiettivi e misurabili sia da specifiche caratteristiche e percezioni soggettive. Gli aspetti soggettivi possono essere visti, ad esempio, nei casi di persone portatrici di malattia che non si sentono malate, o, al contrario, in quei casi di individui che riferiscono di sentirsi malati senza presentare nessun segno o sintomo di malattia medicalmente diagnosticabile. La concezione "in positivo" della salute si concentra sul benessere degli individui e si riferisce sia agli aspetti fisici sia a quelli psichici. Tale concezione si trova nella definizione proposta dall'OMS nel 1946, in occasione della sua costituzione:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità (OMS, 1946).

Si tratta di una definizione che pone la salute all'interno di un contesto più ampio, centrato soprattutto sul rapporto mente-corpo. Inoltre, l'ottica proposta si centra sull'importanza dell'ambiente sociale, comprese le relazioni e i gruppi, e le capacità dei singoli di muoversi attivamente all'interno del loro ambiente di appartenenza.

Secondo diversi studiosi, la salute rappresenta un concetto olistico caratterizzato da diversi aspetti e dimensioni che vanno tutte tenute in considerazione (Aggleton, Homans, 1987; Ewles, Simnett, 1999). La concezione olistica della salute considera l'influenza singola e l'interazione di tutte le dimensioni. Tali dimensioni sono: la salute fisica; la salute mentale; la salute emozionale, basata sulla capacità di esprimere le emozioni; la salute sociale, centrata soprattutto sul rapporto con la famiglia e gli amici; la salute spirituale e la salute sessuale (Tones, Tilford, 2001). Lo sviluppo del concetto di salute ha così portato alla considerazione dei molteplici fattori che la influenzano. Tali fattori sono definiti come determinanti di salute.

2 - Dal Modello Biomedico al Modello Biopsicosociale

Il modello biomedico si centra sul principio che i processi biologici rappresentano gli unici responsabili dell'insorgere di una malattia e sono del tutto separati da quelli psicosociali. Il corpo è considerato alla stregua di un sistema esclusivamente fisico dove la malattia si caratterizza sempre quale disfunzione causata da un agente esterno. Inoltre, le cause patogene sono viste come semplici e identificabili, mentre l'attenzione è posta soprattutto sugli stati patologici e sull'azione degli agenti eziologici. Alla base del modello biomedico ci sono, tra gli altri, le teorie meccaniciste e riduzioniste, che si sono affermate tra il diciannovesimo e il ventesimo secolo. Queste propongono una visione basata sull'idea che il corpo può essere guarito così come si riparano le macchine, ossia una volta compresi i principi e le dinamiche di funzionamento.

Il paradigma biomedico si interessa allo status di "scientifico", proponendo una visione dell'essere umano basata sull'oggettivizzazione dello stesso e focalizzata sulla malattia e sui sintomi piuttosto che sulla salute e sulla persona nella sua interezza. All'interno di questo modello, il rapporto medico-paziente assume la forma di un rapporto tecnico-profano, dove il primo è il possessore delle conoscenze scientifiche e il secondo colui che ha il compito di informare il medico circa i sintomi di malfunzionamento avvertiti.

Da questa breve descrizione si comprende come il paradigma biomedico non sembra capace di cogliere la complessità delle questioni di salute/malattia e l'influenza dei diversi determinanti di salute. In effetti, la specializzazione sempre più specifica in medicina conduce alla delimitazione dell'ambito di osservazione arrivando a sottovalutare o ignorare la rilevanza di altre dimensioni, o determinanti di salute, direttamente connessi con il contesto di vita del soggetto.

L'inadeguatezza del modello biomedico si osserva a partire dagli anni '50 quando, a seguito di una sostanziale sconfitta delle malattie infettive, iniziarono a svilupparsi quali principali cause di morte le malattie croniche come le cardiopatie e il cancro (Zucconi, Howell, 2003).

Il fatto che le malattie croniche, come vedremo meglio nel capitolo successivo, siano legati a precisi stili di vita e a identificabili determinanti socioeconomici, culturali e ambientali della salute, conduce verso l'identificazione dei limiti del modello biomedico nella comprensione, l'analisi e la spiegazione della complessità dei fattori in gioco.

Il modello biopsicosociale si propone sul panorama scientifico proprio in risposta ai quesiti e ai dubbi sollevati dal modello biomedico e si caratterizza quale paradigma meglio rispondente alla complessità e alla specificità della società contemporanea. Tale modello si rifà a una concezione di salute quale fenomeno co-costruito socialmente e iscritto nel contesto dei comportamenti e delle relazioni interpersonali. Così, al contrario del paradigma biomedico, il modello biopsicosociale riesce a cogliere la natura dinamica e reciproca delle interazioni dell'individuo con il proprio ambiente, riconoscendo la stretta relazione tra i fattori biologici, sociali, culturali e psicologici nelle dinamiche di salute/malattia. Secondo il modello biopsicosociale, quindi, un individuo che presenta un'alterazione dei livelli funzionali o strutturali del proprio corpo non è più definito quale soggetto svantaggiato, ma ci si riferisce al fatto che questi può, per mezzo dell'interazione con l'ambiente, vivere due diverse situazioni:

- nel caso di un ambiente ostile o indifferente, una limitazione o perdita della propria attività e della partecipazione ai diversi contesti di vita;
- nel caso di ambiente facilitante, una buona partecipazione e buone performance alle attività dei diversi contesti di vita.

Il modello biopsicosociale propone quindi una visione positiva della salute e considera il corpo e la mente non più come due dimensioni separate, ma come aspetti integrati e collegati alla definizione dello stato di salute. Il vantaggio di questo approccio è rappresentato dal rovesciamento della prospettiva, che passa dalla ricerca della malattia alla promozione della salute; dalla cura dei sintomi alle strategie di prevenzione e alla focalizzazione sul benessere e sulla qualità della vita. L'entità e la rilevanza del mutamento di paradigma è ampia, laddove il modello biopsicosociale si centra sulla salute quale prerequisito per la realizzazione del potenziale umano.

Come abbiamo visto dalla definizione dell'OMS più sopra citata, la salute è qualcosa di più della semplice assenza di malattia e implica, secondo noi, un necessario riferimento a

concetti psicosociali alla base degli stili di vita quali la percezione, le teorie dell'apprendimento, l'attribuzione causale, il significato di specifici atteggiamenti e il ruolo dell'influenza sociale. Proponiamo, di seguito, una breve descrizione di questi elementi, in quanto considerati aspetti "di fondo" o dinamiche "implicite", ma comunque centrali in termini di cambiamento comportamentale degli adolescenti verso stili di vita salutari.

3 - La percezione

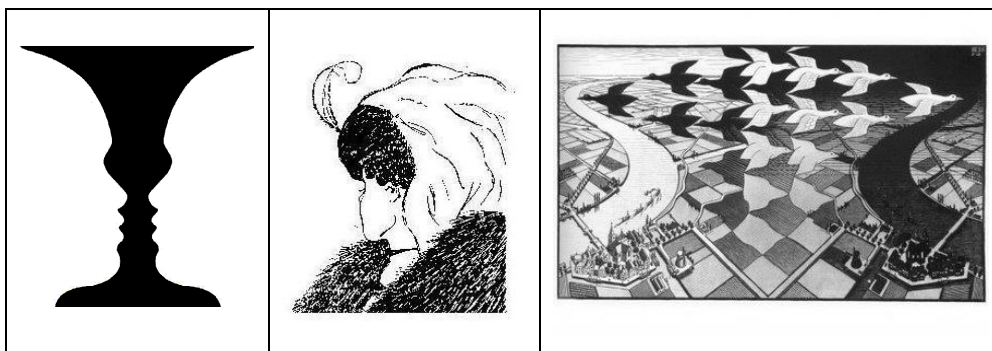
La percezione è il processo attraverso il quale gli individui ricevono informazioni e stimoli dall'ambiente e li trasformano in conoscenza e consapevolezza. Sebbene le persone che vivono nello stesso ambiente ricevano informazioni simili, l'interpretazione dell'esperienza può essere anche molto diversa e portare quindi alla manifestazione di comportamenti diversi. Tale differenza nell'interpretazione dello stimolo può essere spiegata con riferimento a tre principi generale della percezione.

Innanzitutto, la percezione è relativa e non assoluta. Ciò significa, ad esempio, che una persona non è capace di spiegare l'esatta superficie di un oggetto, ma è comunque in grado di dire se quell'oggetto è più grande o più piccolo di un altro.

Inoltre, la percezione è selettiva. I sensi ricevono continuamente una grande quantità di stimoli dal mondo esterno e questo significa che il sistema nervoso non è in grado di dare senso a tutte le informazioni disponibili. Così, l'individuo pone attenzione solo a una selezione di questi stimoli, e ciò in base a numerosi fattori di tipo sia fisici che psicologici, comprese le attitudini e le esperienze personali.

Infine, la percezione è organizzata. Le persone, cioè, tendono a strutturare le loro esperienze sensoriali in modo da dargli senso, dando ordine e significato a un insieme di elementi confusivi. Un classico esempio di tale "qualità" della percezione è rappresentato dal rapporto figura-sfondo dove, in una frazione di secondo, i sensi sono capaci di individuare una figura e definire uno sfondo (vedi Figura1). È stato dimostrato che le situazioni si organizzano in "figura-sfondo" secondo determinate condizioni, ed è così possibile prevedere quale zona del campo acquisisce il ruolo di "figura" rispetto ad altre che si caratterizzano quale "sfondo" (Rubin, 1921). Le più importanti di queste condizioni sono la grandezza relativa delle parti, i loro rapporti topologici ed i tipi dei loro margini. Quindi, a parità delle altre condizioni, è più facile che emerga come figura la zona più piccola, quella inclusa o circondata da altre aree e l'area con margini convessi piuttosto che concavi.

Figura 1 - La percezione del rapporto figura-sfondo



4 - L'apprendimento

L'apprendimento è basilare per il comportamento umano quale processo continuamente presente nel corso della vita. Infatti, l'apprendimento comincia con la nascita e prosegue per tutte le fasi della vita, laddove l'acquisizione di conoscenze e lo sviluppo di comprensioni sono parti fondamentali del processo di apprendimento. Vi sono molte teorie dell'apprendimento volte a spiegarne i vari aspetti. La funzione principale di queste teorie è soprattutto euristica, cioè volta alla ricerca di conoscenza attraverso la realizzazione di un quadro complessivo capace di spiegare i fenomeni noti e in grado di integrare le nuove osservazioni.

Il nostro intento non è, in questa sede, quello di spiegare i presupposti di queste teorie, quanto piuttosto quello di evidenziare come nella progettazione di interventi di promozione della salute, volti allo sviluppo di comportamenti sani, è necessario riferirsi a teorie educative o pedagogiche dell'apprendimento. In altre parole, pensiamo che si debba avere e condividere una teoria dell'apprendimento se si vuole proporre interventi volti al cambiamento di particolari comportamenti.

I primi modelli epistemologici dell'apprendimento sono quelli sul riflesso condizionato (Pavlov, 1926) e quelli sul condizionamento operante (Skinner, 1938; 1953). Tali modelli si sviluppano all'interno del comportamentismo, un paradigma di ricerca sull'apprendimento che è alla base del modello cognitivo-comportamentale, il quale integra le nuove elaborazioni della psicologia cognitivista e rappresenta una metodologia di intervento parecchio utilizzata nel campo dell'educazione e promozione della salute nel contesto scolastico.

Il riflesso condizionato si basa sul comportamento manifesto dell'individuo e, nello specifico, sul comportamento che si presenta come risposta (R) a uno stimolo (S). Qui, la regolarità con la quale un comportamento si presenta in risposta a uno stimolo è dovuta all'apprendimento,

ossia l'individuo apprende che sviluppare quello specifico comportamento in risposta ad un particolare stimolo è vantaggioso per lui.

Il paradigma del condizionamento operante considera invece l'apprendimento e il mantenimento dell'apprendimento come causa del legame associativo che si instaura tra la risposta (comportamento) e il rinforzo (conseguenza).

Le dimensioni più complesse dell'apprendimento sono state indagate dai modelli che rientrano nel paradigma cognitivista. Tra questi, negli anni trenta si è sviluppato il concetto di “mappe” cognitive (Tolman, 1960) centrato sull'ipotesi che il comportamento dell'individuo sarebbe guidato anche da aspettative ed esperienze già maturate nell'ambiente di vita circostante.

Anche l'apprendimento intuitivo o *insight* (Kohler, 1960) rientra tra questi modelli. Esso si basa sull'osservazione che l'apprendimento per prove ed errori non è in grado di spiegare ogni situazione. In effetti, l'*insight* si presenta quale risposta estremamente rapida, basata appunto su un processo intuitivo interno.

Una teoria sull'apprendimento che si basa sui paradigmi proposti, e che è alla base della metodologia che abbiamo utilizzato nella ricerca-intervento che proponiamo, è quella dell'apprendimento sociale di Bandura. Per un maggiore approfondimento della stessa vi rimandiamo al paragrafo 6, dove esporremo il concetto di apprendimento vicario che è uno dei fondamenti della metodologia della *peer education*.

5 - La teoria dell'attribuzione

La comprensione del rapporto tra causa ed effetto è essenziale nel processo di apprendimento ed è alla base della teoria dell'attribuzione. Questa si centra sullo studio di come le persone provano a spiegare e capire gli eventi. L'assunto di base è che gli individui sono motivati a vivere in un mondo comprensibile e strutturato e sono attivamente coinvolti nella comprensione degli eventi che osservano. Così, gli individui interpretano gli eventi e le esperienze in base alle loro cause per poi sviluppare specifiche reazioni. Tale processo di ascrizione è definito “attribuzione causale”. Si tratta di un processo fondamentale non solo per la spiegazione degli eventi osservati, ma anche per la previsione di quelli futuri e per la loro anticipazione.

Il processo di attribuzione è un processo sociale secondo tre proposizioni specifiche. La prima è che l'attribuzione è sociale in origine, ossia può essere creata e rafforzata per mezzo delle interazioni sociali e può essere influenzata dalle informazioni sociali. La seconda è che

l'attribuzione è sociale nel suo referente od oggetto, e ciò significa, ad esempio, che un'attribuzione può essere formulata per il comportamento di un individuo categorizzato quale membro di un gruppo sociale, piuttosto che in termini puramente individuali; o per un risultato sociale, piuttosto che per ogni comportamento in quanto tale. La terza è che l'attribuzione è sociale in quanto comune ai membri di una società o gruppo, e quindi membri di gruppi diversi possono utilizzare attribuzioni differenti per gli stessi eventi.

Pensiamo alla scuola, riprendendo in particolare quest'ultimo punto, e, nello specifico, al gruppo-classe e alle attribuzioni che propongono sui comportamenti di salute. Studiare e conoscere le modalità di categorizzazione e attribuzione rispetto alla realtà sociale si caratterizza quindi quale principio della ricerca-intervento che proponiamo e quale modalità di "relazione" con gli studenti.

6 - L'atteggiamento

L'atteggiamento è considerato spesso in termini di modalità predittiva del comportamento. Questo è anche un concetto centrale all'interno del tema del cambiamento, come ad esempio nel campo dell'educazione e promozione della salute. Così, si pensa che un atteggiamento positivo verso un determinato comportamento porterà la persona a sviluppare quel comportamento, anche se va detto che non si tratta di un assioma scientifico e che, a volte, tale correlazione è difficilmente individuabile.

In generale, si può affermare che l'atteggiamento concerne la tendenza a rispondere verso un oggetto in un modo che riflette la valutazione positiva o negativa che si ha verso l'oggetto stesso. In altri termini, l'atteggiamento può essere definito come una predisposizione appresa a rispondere in maniera prevedibilmente favorevole o sfavorevole nei confronti di un oggetto, una persona o una situazione (Fishbein, 1963).

In tutti i casi, un atteggiamento è sempre sviluppato su base valutativa, ossia è basato su un giudizio di valore di tipo buono/cattivo. È importante sottolineare che avere un certo atteggiamento non vuol dire essere spinti automaticamente a mettere in atto comportamenti congruenti con esso. In tal senso, ad esempio, la conoscenza degli effetti negativi sulla salute umana del fumare può non bastare per influenzare la valutazione dello studente sulla sigaretta, che può quindi rimanere una valutazione positiva e non condurre a cambiamenti di comportamento. Nello specifico, un accanito fumatore potrà avere un atteggiamento anche estremamente negativo verso il fumo e cercare, ad esempio, di far di tutto per evitare che anche i loro figli prendano il vizio. Tuttavia, questa persona continua a fumare. In questo

esempio si capisce come l'atteggiamento esprime una valutazione ma non una convinzione fortemente radicata o una regola comportamentale da seguire.

Tra i principali gli atteggiamenti connessi con la fase di vita adolescenziale, ne riportiamo brevemente tre che sono spesso alla base delle scelte comportamentali anche in termini di salute:

- l'atteggiamento di adattamento, ossia adottare gli stessi atteggiamenti dei soggetti frequentati in maniera assidua e appartenenti al gruppo dei pari;
- l'atteggiamento auto-realizzante, significa che l'individuo fa qualcosa per farsi notare o far sentire di "essere qualcuno";
- l'atteggiamento di difesa dell'io, basato sul fatto che il singolo adatta i suoi atteggiamenti alle decisioni prese in modo da manifestare una certa conferma delle stesse decisioni.

7 - L'influenza sociale

Le teorie proposte nei sottoparagrafi precedenti si riferiscono alle cognizioni individuali e si centrano sul processo soggettivo di elaborazione delle informazioni e di sviluppo di specifici comportamenti. Queste teorie riconoscono l'importanza dell'ambiente sociale, seppur considerato nei suoi aspetti indiretti. Il nostro lavoro di inquadramento teorico dell'intervento svolto non può prescindere dall'analisi dell'influenza sociale, che si centra sul fatto che i comportamenti, compresi gli stili di vita più o meno salutari, occorrono o si apprendono all'interno di specifici contesti. In effetti, le persone passano molto tempo all'interno di gruppi sociali quali la famiglia, la scuola, il luogo di lavoro ecc. Questi gruppi esercitano un'influenza fondamentale sul comportamento del singolo che vi appartiene e, quindi, per la comprensione degli stili di vita delle persone è necessario sviluppare una specifica analisi del suo contesto di vita e dell'influenza sociale che ne discende. In letteratura esistono molti studi che dimostrano il ruolo dell'influenza sociale sul comportamento espresso dal singolo. Tra questi, sono particolarmente interessanti quelli proposti da Sherif (1980) e da Ash (1956) che hanno dimostrato con prove scientifiche come le risposte individuali siano influenzati da altri membri del gruppo.

Un elemento essenziale della questione dell'influenza sociale è quello delle "norme sociali". Queste rappresentano un insieme di elementi, atteggiamenti o comportamenti che possono apparire come accettabili o inaccettabili ai membri di uno specifico gruppo. Le norme, quindi, stabiliscono le regole di comportamento per ogni singolo membro del gruppo e

rappresentano, allo stesso tempo, l'aspettativa di determinati atteggiamenti da parte degli altri. Le norme riguardano l'intera società, giacché norme generali, ma possono concernere anche una specifica comunità o un piccolo gruppo. Gli studi sull'influenza sociale dimostrano che coloro che si conformano a tali "norme sociali" ricevono approvazione e maggiore accettazione dagli altri rispetto a quelli che si oppongono o non le rispettano. Infatti, la violazione delle norme da parte di un singolo porta gli altri membri del gruppo a sviluppare azioni "correttive" verso tale devianza. Laddove tali azioni non portano al cambiamento del comportamento del singolo membro, il gruppo può arrivare anche all'espulsione dello stesso dal gruppo di appartenenza.

È interessante notare come le regole o norme di specifici gruppi sociali, pensiamo al gruppo dei pari in adolescenza, possono essere le più diverse e non sempre in linea con il buon senso, la civiltà, il rispetto, l'educazione o la salute. Ad esempio, fumare può essere una regola non scritta o non detta all'interno di determinati gruppi sociali, mentre l'aderenza a questa regola, e anche ad altre, definisce il soggetto quale appartenente al gruppo stesso. L'importanza di queste ipotesi di "funzionamento" sociale dell'individuo per il nostro lavoro si può rintracciare nel fatto che le "norme sociali" dei gruppi di appartenenza influenzano anche i comportamenti e gli stili di vita correlati allo stato di salute. Infatti, molti comportamenti connessi con la salute hanno una funzione sociale e rappresentano reciproche aspettative tra i membri inseriti nella stessa realtà sociale, come abbiamo avuto modo di rilevare durante l'analisi dei focus group che abbiamo svolto nella scuola. In altre parole, anche i comportamenti di salute sono inseriti in uno specifico contesto sociale e non rappresentano forme isolate di comportamento. Tali comportamenti trovano senso all'interno di specifiche relazioni e nelle abitudini dei gruppi a cui il singolo appartiene. Così, il mantenimento di comportamenti di salute o il cambiamento verso stili di vita corretti può avvenire se si considera il contesto socio-ambientale dove tali comportamenti si manifestano e si esprimono.

8 - L'educazione alla salute

L'impostazione tradizionale dell'educazione alla salute o educazione sanitaria era centrata sulla pratica medico-clinica, prescrittiva, unidirezionale e basata sulla visione della salute come assenza di malattia. In seguito, il riconoscimento del fatto che i comportamenti individuali giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo di molti problemi di salute ha

portato alla definizione dell'educazione alla salute quale disciplina a sé stante e come campo scientifico di ricerca e intervento.

Ci sono molte evidenze sul fatto che i comportamenti e gli stili di vita come la dieta, il fumo o la sedentarietà sono alla base di diverse patologie. Nello specifico, i dati epidemiologici mostrano come tra le prime cause di mortalità a livello globale ci siano le malattie croniche (come i disturbi cardiovascolari o il cancro) che sono condizioni patologiche direttamente basate sugli stili di vita sopra indicati (vedi capitolo 3). Così, il cambiamento degli stili di vita e dei comportamenti non corretti in termini di salute rappresenta un grande valore preventivo. Su queste basi si può affermare che l'educazione alla salute ha l'obiettivo di rendere gli individui consapevoli degli effetti dei comportamenti sul loro stato di salute. Si tratta di strategie comunicative che seguono un'impostazione centrata sul singolo e su uno specifico comportamento, quale ad esempio il fumare o l'alimentazione. Le strategie si volgono quindi al miglioramento dello stato di salute degli individui attraverso il passaggio di informazioni corrette che risultano utili per sviluppare opinioni e prendere decisioni. Vari studi (Ajzen, Fishbein, 1980; Green *et. al.* 1980) dimostrano che tali strategie, seppur basate su informazioni basilari per il cambiamento comportamentale, non sono sufficienti allo scopo. In altre parole, i programmi che promuovono l'adozione di comportamenti corretti in termini di salute e che utilizzano tecniche solamente informative non raggiungono quasi mai gli obiettivi che si erano proposti. Tali insuccessi sono da riferire alla complessità del comportamento umano e alla funzione rappresentata dai comportamenti adottati dai singoli. In effetti, spesso le persone trovano soddisfazione nell'assumere determinati comportamenti e sono particolarmente restii al cambiamento. Tutti, ormai, sanno degli effetti negativi del fumare per la salute umana, ma in molti continuano ad adottare questo stile di vita. Quindi, per proporre un programma di cambiamento comportamentale bisogna sicuramente considerare l'effetto del contesto sociale, la motivazione, le *skills* individuali e la percezione della propria autoefficacia. Il rapporto individuo-contesto, poi, merita una menzione particolare, poiché i comportamenti delle persone possono essere maggiormente compresi con riferimento al suo ambiente di vita e letti in termini funzionali. Ciò significa che ogni comportamento ha senso solo all'interno di quel determinato sistema di regole, relazioni e convenzioni al quale l'individuo appartiene, come visto nel sottoparagrafo precedente.

L'efficacia degli interventi di educazione alla salute va quindi rintracciata in quei programmi che vanno aldilà del semplice passaggio di informazioni, rivolgendosi ai determinanti sociali dei comportamenti e alla possibilità di cambiamento verso stili di vita salutari. Qui,

l'approccio passa da strategie comunicative unidirezionali, centrate sul sapere dell'esperto, a modalità più interattive e partecipative. La visione di questo nuovo approccio è, quindi, che l'educazione alla salute non è un processo di trasmissione di informazioni dal portatore di sapere verso persone prive di conoscenze, quanto piuttosto un processo orizzontale e interattivo di scambio di informazioni.

Per una definizione di educazione alla salute, ci riferiamo a quella proposta dall'OMS nel 1988:

L'educazione alla salute comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente, che coinvolgono alcune forme di comunicazione ideate per conoscere meglio la salute, per migliorare le cognizioni e per sviluppare quelle capacità di vita che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità (OMS, 1988).

Si tratta di una definizione interessante perché contiene e si riferisce al concetto di *health literacy*, che riguarda le competenze cognitive e sociali necessarie per capire e utilizzare le informazioni al fine di mantenere una buona salute attraverso l'adozione di stili di vita corretti.

9 - La promozione della salute

Come abbiamo avuto modo di vedere sopra, l'educazione alla salute focalizza la sua attenzione sul cambiamento del comportamento individuale. Tuttavia, la salute è influenzata da diversi fattori di tipo endogeno, esogeno e connessi a diversi determinanti tra cui il Sistema Sanitario. In tal modo, è abbastanza evidente come gli obiettivi di salute non possono essere raggiunti solo attraverso l'azione del settore sanitario. Da queste riflessioni è emersa la necessità di un approccio multidisciplinare e di strategie intersettoriali nell'affrontare le questioni di salute/malattia che ha portato allo sviluppo delle tecniche di promozione della salute. Questa non si rivolge soltanto al comportamento individuale, ma amplia lo spettro dell'azione centrandosi sull'intero contesto di vita e di lavoro del singolo.

La Promozione della Salute si può definire come segue:

il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute" (WHO, 1998).

L'evoluzione dei principi e delle pratiche di *health promotion* è stata possibile grazie all'azione condotta dall'OMS attraverso l'organizzazione di specifiche Conferenze Internazionali sul tema. Tali Conferenze sono state precedute dalla strategia OMS di Alma

Ata “Salute per tutti entro l’anno 2000” (WHO, 1999), centrata sulla necessità di un’azione urgente da parte dei Governi, della Comunità Internazionale e di tutti coloro che lavorano per promuovere la salute degli uomini.

La prima conferenza per la promozione della salute si è svolta ad Ottawa, in Canada, nel 1986. L’approccio proposto si caratterizzava per la nuova visione “positiva” della salute, considerata non più soltanto come “condizione di benessere fisico, psichico e sociale”, ma, soprattutto, quale opportunità di “fare pieno uso delle proprie capacità fisiche, psichiche e sociali”. Dalla Conferenza di Ottawa è derivata la “Carta di Ottawa per la promozione della salute” (WHO, 1986) che rappresenta un documento fondamentale per la promozione della salute laddove ne ha fornito definizioni di base e linee strategiche di intervento. La Conferenza si è incentrata sui temi dei determinanti di salute, le disuguaglianze di salute, le politiche per la promozione della salute, la trasformazione tecnologica e urbana della società e l’*empowerment*, mentre promuovere salute è visto come un processo atto a:

- costruire politiche per la salute;
- creare ambienti favorevoli alla salute;
- rafforzare le azioni della comunità per la salute;
- sviluppare capacità individuali;
- ri-orientare i servizi sanitari.

In questa occasione è stato evidenziato come i requisiti di salute, aspetto fondamentale della qualità della vita, non siano esclusivamente quelli biologici, ma vanno considerati determinanti di salute anche i fattori ambientali, sociali, politici e comportamentali. Occorre così sensibilizzare, coordinare e mediare gli interessi dei diversi attori della salute, al fine di ridurre le disuguaglianze di salute derivanti dalla stratificazione sociale. Nella conferenza canadese è emersa, inoltre, la necessità di rendere consapevoli i responsabili politici sulle conseguenze in termini di salute di ogni loro atto legislativo, fiscale e sociale.

Un aspetto centrale riguarda la crescita dell’individuo e delle comunità. Un obiettivo di sviluppo visto come prerequisito fondamentale alla creazione di una maggiore partecipazione ai problemi di salute e raggiungibile socializzando le tematiche di salute.

Nella seconda Conferenza Internazionale, tenutasi ad Adelaide, ci si è posti l’obiettivo di passare dalla formulazione alla realizzazione delle strategie di Sanità Pubblica. È stata ribadita la visione sistemica della salute, la cui promozione passa solo attraverso la valutazione di tutti i suoi determinati.

Nella terza conferenza, a Sundvall, sono state evidenziate le difficoltà a raggiungere l'obiettivo "salute per tutti entro l'anno 2000" a causa delle condizioni di povertà in cui versano molte popolazioni e, soprattutto, per la mancanza di un ambiente favorevole. La Conferenza richiama quindi i rappresentanti politici ad agire per creare un ambiente fisico e sociale adeguato, sottolineando la centralità del coinvolgimento democratico delle comunità.

Nella successiva conferenza di Jakarta è stata fatta una riflessione sul lavoro realizzato a più di un decennio dalla Carta di Ottawa e si è posto l'accento sull'importanza della creazione di *partnership* tra diversi settori e a tutti i livelli. Tale approccio, infatti, consente di mettere a sistema più risorse, capacità e competenze su una base etica condivisa.

La quinta conferenza di Città del Messico si è incentrata sulla dimostrazione dell'efficacia della promozione della salute nel migliorare la salute e la qualità della vita delle persone che vivono in condizioni disagiate. Quindi, al fine di rendere visibile l'utilità della promozione della salute è necessario rafforzare le prove di efficacia, i cui risultati vanno socializzati e diffusi a tutti i livelli.

L'ultima conferenza internazionale si è tenuta nel 2005 a Bangkok ed ha visto la partecipazione di circa 100 paesi. Si è proposta una nuova Carta (WHO, 2005), complementare e non sostitutiva di quella di Ottawa, in cui si sottolinea l'importanza della promozione della salute e dei determinanti di salute alla luce dei nuovi fenomeni socio-economici della globalizzazione. La Carta sostiene che le politiche e le *partnership* destinate a dare più potere alle comunità, e a migliorare la salute e l'uguaglianza, debbano essere al centro di uno sviluppo globale e nazionale. Essa si rivolge a persone e organizzazioni che svolgono un ruolo essenziale nel miglioramento della salute, compresi i Governi e i politici, la società civile, il settore privato, le organizzazioni internazionali e la comunità della Sanità Pubblica. L'obiettivo principale è quello di utilizzare strategie consolidate per il miglioramento della salute, svolgendo azioni basate sul rispetto dei diritti umani e della solidarietà. Si propone di investire in politiche, azioni e infrastrutture sostenibili al fine di agire sui determinanti di salute, per costruire capacità atte a sviluppare politiche, *leadership*, ricerca e pratiche di promozione della salute. L'importanza di associarsi e costituire alleanze con organizzazioni pubbliche, private, non governative, internazionali e con la società civile tutta è considerata utile per la creazione di azioni sostenibili. Per lo svolgimento di tali azioni, e quindi il raggiungimento degli obiettivi, la Carta di Bangkok mette in luce 4 impegni chiave su cui lavorare. Questi sono:

- controllare globalmente la salute, la promozione della salute deve trasformarsi in una parte integrante della politica dei rapporti internazionali;
- dare ai Governi la responsabilità della promozione della salute, in modo da affrontare la povertà e le disuguaglianze in un ambito collettivo di salute;
- rendere la promozione della salute centrale per la comunità e la società civile;
- rendere la promozione della salute un'esigenza di buone pratiche nel settore dell'impresa privata.

Le strategie della promozione della salute rappresentano, quindi, una sorta di evoluzione delle modalità di intervento proprie dell'educazione sanitaria verso strategie maggiormente efficaci e produttive (vedi Tabella 1). Essa, infatti, si basa su un approccio biopsicosociale e psicosociologico e condivide le impostazioni della medicina olistica e della visione preventiva-ecologica. In tal senso, l'uomo è considerato come un soggetto in costante relazione con il suo ambiente, mentre gli interventi non sono indirizzati ai singoli individui o alle singole cause, bensì agli ambienti di vita delle persone, sia quelli fisici sia quelli che riguardano i rapporti, il lavoro e la comunità in genere. In altre parole, i contesti nei quali gli individui vivono sono i destinatari dell'intervento e ciò conduce, nell'analisi dei problemi di salute, alla considerazione di tutte le caratteristiche e le variabili dello stesso.

Tabella 1 - Confronto tra le strategie educativo-comunicative in Sanità Pubblica

STRATEGIA EDUCATIVA	EDUCAZIONE SANITARIA	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	PROMOZIONE DELLA SALUTE
QUADRO TEORICO	<ul style="list-style-type: none"> - Principi della medicina specialistica; approccio basato sulle competenze dell'esperto; - Considerazione dell'uomo come insieme di parti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina olistica; approccio basato sulla relazione tra educatore e discente; - Considerazione dell'uomo come sistema organico e indivisibile. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina olistica, modello bio-psico-sociale, approccio psicosociologico e preventivo-ecologico; - Considerazione dell'uomo in costante relazione con il proprio contesto o <i>setting</i>.
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi informativi di natura sanitaria e specialistica; - Proposizione di valori e percezioni specifiche sulle questioni della salute e della malattia. - Stile comunicativo soprattutto unidirezionale e assenza del coinvolgimento dei discenti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi educativi sullo stile di vita del discente; - Comprensione delle percezioni e dei valori dei discenti rispetto ai comportamenti a rischio. - Stile comunicativo soprattutto bidirezionale, centrato sul <i>feed-back</i> del discente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi sui contesti di vita della persona; - Promozione del cambiamento di comportamenti, valori e percezioni. - Comunicazione di gruppo, coinvolgimento dei discenti con obiettivi e azioni proposte e attuate direttamente da questi.

9.1 - L'approccio basato sul setting

A partire dai principi della Carta di Ottawa e dalle strategie per la Salute in Tutte le Politiche (*Health in All Policies*), l'ambiente e il contesto hanno assunto il significato di processo globale, sociale e politico che influenza, o per meglio dire determina la salute. Promuovere salute, quindi, si caratterizza come un insieme di azioni non soltanto dirette a rinforzare le capacità dei singoli, ma anche mirate a incentivare e favorire quelle condizioni sociali, economiche e ambientali che incrementano la salute. Si tratta di un approccio che sottolinea l'importanza del *setting* e si basa sull'evidenza che i comportamenti degli individui e dei gruppi sono fortemente influenzati e determinati dal contesto ambientale e sociale di appartenenza. Gli interventi, quindi, vanno rivolti al cambiamento delle regole proprie di uno specifico *setting*, in modo da ottenere modifiche diffuse e maggiormente durature dei comportamenti degli individui che lo condividono.

A tal proposito, l'OMS definisce il *setting* per la salute nei seguenti termini:

Il luogo o il contesto sociale nel quale le persone si impegnano nelle attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per ripercuotersi sulla salute e sul benessere" (WHO, 1998).

9.2 - Azione intersettoriale e approccio multidisciplinare

Con il modello della promozione della salute si propongono quindi nuovi paradigmi di salute centrati sulla definizione di nuovi rapporti tra Sistemi Sanitari e sistemi di Governo, operatori sanitari e popolazione. A tal proposito, vi sono due aspetti che caratterizzano le strategie di promozione della salute che meritano un breve approfondimento: l'azione intersettoriale e l'approccio multidisciplinare.

Da quanto detto più sopra, a proposito dell'influenza del contesto o ambiente di vita nel determinare lo stato di salute della popolazione, risulterà condivisibile l'analisi che il settore sanitario, da solo, non sia in grado di garantire i prerequisiti e le aspettative per la salute. In effetti, le società attuali presentano un alto livello di complessità e interdipendenza che dimostrano l'inscindibilità della salute da fattori determinanti legati al modo in cui è organizzato il lavoro, a come vengono conservate le risorse naturali o ai cambiamenti nei modi di gestire la vita e il tempo libero. Sulla base di tali premesse, si può affermare che la promozione della salute richiede un'azione intersettoriale tra i Governi, i Servizi Sanitari, gli altri settori del mondo sociale, le ONG, le autorità locali, i mezzi di comunicazione ecc. Effettivamente, una buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale,

economico e personale ed è una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono sia favorire sia danneggiare la salute.

La promozione della salute è quindi un approccio tutt'altro che monolitico. Esso presenta piuttosto un'impostazione multidisciplinare che necessita del contributo di diverse scienze e si presta, quindi, a varie definizioni. Inoltre, considerando la definizione di salute proposta dall'OMS, si apre a una concezione di salute quale risorsa che conduce singoli e gruppi alla soddisfazione dei propri bisogni, all'identificazione e realizzazione delle proprie aspirazioni, al cambiamento dell'ambiente circostante. A partire da tale inscindibile complesso fisico, mentale e sociale alla base della definizione di salute, nella prassi medica appare necessario proporre azioni che conducano allo sviluppo di un forte rapporto di collaborazione con le discipline sociali, economiche, psicologiche, sociologiche, igieniste, pedagogiche ecc.

Ci sono, infine, alcuni principi guida sui quali l'accordo è totale e che definiscono le strategie di promozione della salute. Tra questi troviamo la centralità dell'*empowerment* e della partecipazione-coinvolgimento degli *stakeholders* locali, che sono alla base di un elevato numero di attività volte al miglioramento del benessere individuale e collettivo.

10 - L'approccio salutogenico

L'approccio salutogenico in Sanità Pubblica è stato proposto da Antonovsky più di venticinque anni fa quale linea di ricerca volta allo studio della salute fisica e psichica (Antonovsky, 1979; 1987). Già negli anni '60 il termine circolava nell'ambito del mondo anglosassone, ma esso è stato considerato dagli ambienti accademici e sanitari solo a partire dagli anni '90.

Con il concetto di salutogenesi si introduce un nuovo paradigma di ricerca e una nuova visione della promozione della salute. L'approccio salutogenico si contrappone a quello della patogenesi, che si basa sull'omeostasi quale condizione normale della vita e presuppone che la malattia insorge solo nel momento in cui intervengono fattori diversi a sovvertire l'equilibrio di base. L'approccio salutogenico, invece, considera l'eterostasi, ossia il fatto che il disequilibrio e la sofferenza siano da considerare quali caratteristiche normali della vita quotidiana. Al contrario della vecchia impostazione patogenetica, che vede salute e malattia come due condizioni ben distinte, la salutogenesi considera la salute come inserita all'interno di un continuum al cui polo opposto si trova la malattia. Ogni persona si posiziona all'interno

di tale realtà, scivolando ora verso livelli maggiori di malattia, ora verso condizioni migliori di salute.

Studiare le cause della salute significa che questa va costantemente promossa e incentivata, non solo tutelata. In effetti, attraverso l'ottica salutogenica si propone una visione "positiva" della salute che supera anche le strategie di prevenzione, in quanto volte a prevenire l'insorgenza della malattia e quindi basate anch'esse su una visione "in negativo". Si propone di promuovere aspetti intrinsecamente correlati con i fattori del benessere e il miglioramento della qualità della vita dei singoli e delle comunità.

Secondo Antonovsky, è fondamentale concentrare l'attenzione sulle risorse e le capacità delle persone piuttosto che sui rischi o le malattie. In altre parole, sono le capacità di utilizzare le risorse disponibili e quelle di *problem solving* a essere maggiormente connesse con lo stato di salute, lo sviluppo e il benessere. Uno degli obiettivi generali fondanti la salutogenesi è, quindi, l'attenzione posta ai fattori del benessere e, nello specifico, cercare di capire come certe persone, in specifiche situazioni, si muovono verso il polo della salute. In tal senso, sono presi in considerazione tutti i segni, oggettivi e soggettivi, che esprimono condizione di benessere individuale. Anche gli *stressor* sono considerati come elementi di promozione della salute, piuttosto che come fattori alla base dello sviluppo di malattia. Infatti, la capacità di rispondere alle fonti di stress, le strategie di *coping*, sono riportate da Antonovsky quali elementi identificanti un più elevato stato di salute che poggia sulla capacità di resilienza del singolo. A tal proposito, l'autore parla di risorse generali di resistenza (GRRs - *General Resistance Resources*) che possono trovarsi sia all'interno delle singole persone, quali capacità proprie, sia nell'ambiente circostante. Tuttavia, il fattore centrale non è relativo a quale quante risorse siano disponibili, quanto invece alla capacità di usare tali risorse, anche se poche, più volte e al fine di accrescere il livello della propria salute.

La salutogenesi di Antonovsky nasce da uno studio e da un intervento che gli era stato commissionato dal Governo israeliano sui superstiti dell'olocausto. Si trattava di persone di oltre 60 anni, integre sotto il profilo psicofisico. Antonovsky condusse molte interviste e si accorse che queste persone avevano sviluppato una più elevata capacità di resistere agli stress quotidiani. Ricercando i fattori alla base della sopravvivenza di queste persone alla violenza dell'olocausto, Antonovsky (1993) arrivò alla definizione del concetto di senso di coerenza (SOC - *Sense of Coherence*). Il SOC consiste nell'abilità di comprendere le situazioni e nella capacità di usare le risorse disponibili per migliorare o mantenere uno stato di salute buono. Esso esprime il desiderio dell'individuo di conoscere il funzionamento della società. Secondo

il modello salutogenico, infatti, percepire la società come intellegibile, organizzata e portatrice di un significato costante è sintomo di un più alto livello di benessere. In definitiva, possiamo definire il Senso di Coerenza, con Antonovsky, quale schema percettivo-emotivo di rappresentazione del mondo interno ed esterno fondamentale per la gestione dello stress.

Più specificamente, l'autore individua tre fattori che definiscono il SOC e che sono alla base delle risorse di resistenza generale.

- Il senso di comprensibilità, ossia la componente cognitiva, centrato sul fatto che gli stimoli provenienti dall'ambiente hanno un significato, sono ordinati e prevedibili.
- Il senso di fronteggiabilità, che si basa sulla convinzione che vi sono molte risorse disponibili per fronteggiare la situazione.
- Il senso di significatività, che concerne la componente motivazionale, ossia la speranza dell'individuo di farcela e la percezione che le richieste poste dagli stimoli danno senso, pongono sfide, e non solo problemi o stress.

Intervenire sul Senso di Coerenza individuale significa, quindi, aumentare le sue componenti di base.

- Accrescere il senso di comprensibilità vuol dire ridurre i comportamenti che aumentano il disordine e comprendere come questo è entrato nella vita.
- Accrescere il senso di fronteggiabilità significa divenire maggiormente responsabili di fronte a situazioni problematiche, cambiando i comportamenti disfunzionali.
- Accrescere il senso di significatività concerne la questione dell'attribuzione di senso.

Infine, da quanto detto sopra, e come rilevato da molti ricercatori e operatori (Lindström, Eriksson, 2006), ci sembra si possa affermare che la prospettiva salutogenica ben si adatta alle strategie di Sanità Pubblica, anche se questa propone una visione differente da quella usuale, incentrata sulla prevenzione delle malattie e sulla riduzione dei rischi.

11 - La teoria dell'apprendimento sociale

La teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1995) si basa sull'idea che il comportamento delle persone si spiega con riferimento al contesto all'interno di un reciproco rapporto di trasformazione. La personalità dell'individuo, quindi, interagisce costantemente con l'ambiente esterno e si modifica di conseguenza anche attraverso azioni di autoregolazione utili a raggiungere gli obiettivi. Secondo questo modello, la personalità si sviluppa per mezzo dell'interazione reciproca tra comportamento, specificità individuali e ambiente esterno. In

altre parole, la persona trasforma l'ambiente attraverso meccanismi selettivi ma è, allo stesso tempo, "modellato" dal contesto di appartenenza e influenzato nelle sue decisioni e scelte. Secondo Bandura, il comportamento individuale non si basa solo sugli aspetti psicologici e socioculturali, ma discende anche dall'essere proattivo della mente umana. Una caratteristica che consente al singolo di trasformare la realtà, esterna e interna, per mezzo di meccanismi di osservazione, anticipazione, simbolizzazione, auto-riflessione e autoregolazione.

Per l'impianto teorico del nostro lavoro è interessante riportare brevemente quello che rappresenta il più importante meccanismo di autoregolazione, ossia il senso di "autoefficacia" (Bandura, 1986; 2000). Tale meccanismo porta l'individuo ad assumersi la responsabilità di costruire e organizzare in maniera attiva la propria vita e di raggiungere gli obiettivi prefissati. Nello specifico, il senso di autoefficacia si centra sulla convinzione del singolo che le proprie capacità siano adeguate per raggiungere gli scopi e, quindi, nella possibilità di modificare le proprie condotte disfunzionali al fine di adattarsi alle richieste dell'ambiente. L'autore identifica poi quattro condizioni differenti alla base della convinzione di efficacia. Queste sono:

- **L'esperienza personale** che rappresenta la fonte più proficua per acquisire un forte senso di autoefficacia. Questa si basa quindi su passate situazioni affrontate con successo. Lo sviluppo di senso di efficacia richiede perseveranza e impegno per il superamento degli ostacoli e per l'acquisizione di strumenti cognitivi e di autoregolazione idonei.
- **L'esperienza vicaria** nasce dall'osservazione di modelli di successo. Vedere persone che raggiungono i propri obiettivi attraverso l'impegno e l'azione personale aumenta nell'osservatore la convinzione di possedere quelle stesse capacità. La percezione della somiglianza con i modelli osservati è centrale per il meccanismo di identificazione col modello.
- **La persuasione** rinforza nell'individuo la convinzione di essere in possesso di ciò che occorre per raggiungere i propri obiettivi. La persuasione operata da altri sul fatto di possedere determinate abilità migliora la fiducia in se stessi e favorisce il raggiungimento di specifici obiettivi. Questo miglioramento si sviluppa in maniera direttamente proporzionale all'attendibilità e alla capacità attribuita alla fonte di persuasione.
- **Gli stati emotivi e fisiologici** si riferiscono al fatto che spesso le persone si basano sulle proprie emozioni e sulle proprie condizioni fisiche nel giudicare le proprie capacità. Così, le condizioni di stress, ad esempio, portano all'idea di non essere in grado di fornire una buona prestazione. L'aspetto centrale in queste situazioni non concerne l'intensità

dell'emozione negativa, quanto piuttosto le capacità di recepire e interpretare tali stati d'animo.

Capitolo Secondo - PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E CONTESTO SCOLASTICO: STILI DI VITA E ADOLESCENZA

*L'interesse per la malattia e la morte
è sempre e soltanto un'altra espressione
dell'interesse per la vita.*
Thomas Mann

1 - Epidemiologia e impatto delle malattie croniche

Le malattie croniche, o non trasmissibili, sono responsabili del più alto tasso di mortalità e morbosità sia all'interno dei Paesi europei che a livello globale. Esse comprendono un ampio insieme di patologie, come le malattie cardiovascolari, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie. Nello stesso gruppo di patologie, inoltre, rientrano anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici, quelli dell'apparato gastrointestinale, i difetti degli organi di senso e le malattie genetiche. Si tratta di condizioni patologiche che solitamente hanno origine in età giovanile per poi svilupparsi e manifestarsi clinicamente anche dopo alcuni decenni.

Le cause delle malattie croniche si possono ricondurre ai classici stili di vita non corretti in termini di salute quali, ad esempio, un'alimentazione non sana, il fumo di tabacco, l'eccessivo uso di alcol o la dipendenza da sostanze psicotrope. Queste cause possono condurre, come si evince dalla figura riportata più sotto (vedi Figura 2), ai cosiddetti fattori di rischio intermedi quali, tra gli altri, l'ipertensione, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. A fianco agli stili di vita non corretti e ai fattori di rischio intermedi, comunque modificabili per mezzo di strategie di prevenzione di tipo primaria o secondaria, ci sono anche fattori che sono imm modificabili, come la predisposizione genetica o l'età.

La promozione di stili di vita sani sembra comunque la risorsa principale da utilizzare contro l'ascesa delle malattie croniche nel contesto globale. In effetti, l'adozione di abitudini salutari diminuisce in modo significativo e in ogni essere umano il rischio di sviluppare queste malattie.

Inoltre, va rilevato come le malattie croniche, o non trasmissibili, possono svilupparsi anche a partire da fattori meno espliciti o diretti, ossia aspetti più generali o ambientali e situazionali, che si riferiscono al contesto sociale, alla condizione economica e alla dimensione culturale di uno specifico ambiente di vita. Questi fattori sono considerati quali "cause delle cause", e offrono una buona base per interventi di prevenzione primaria centrati sulla collaborazione

del sistema sanitario con altri settori della vita politica ed economico-sociale del contesto di appartenenza, sia a livello locale sia a livello nazionale. La figura successiva offre una versione generale dei fattori dei quali stiamo trattando e li definisce, nel loro complesso livello “macro”, in termini di globalizzazione, urbanizzazione, invecchiamento progressivo della popolazione, politiche ambientali e povertà.

Figura 2 - Cause delle malattie croniche (OMS, 2005)



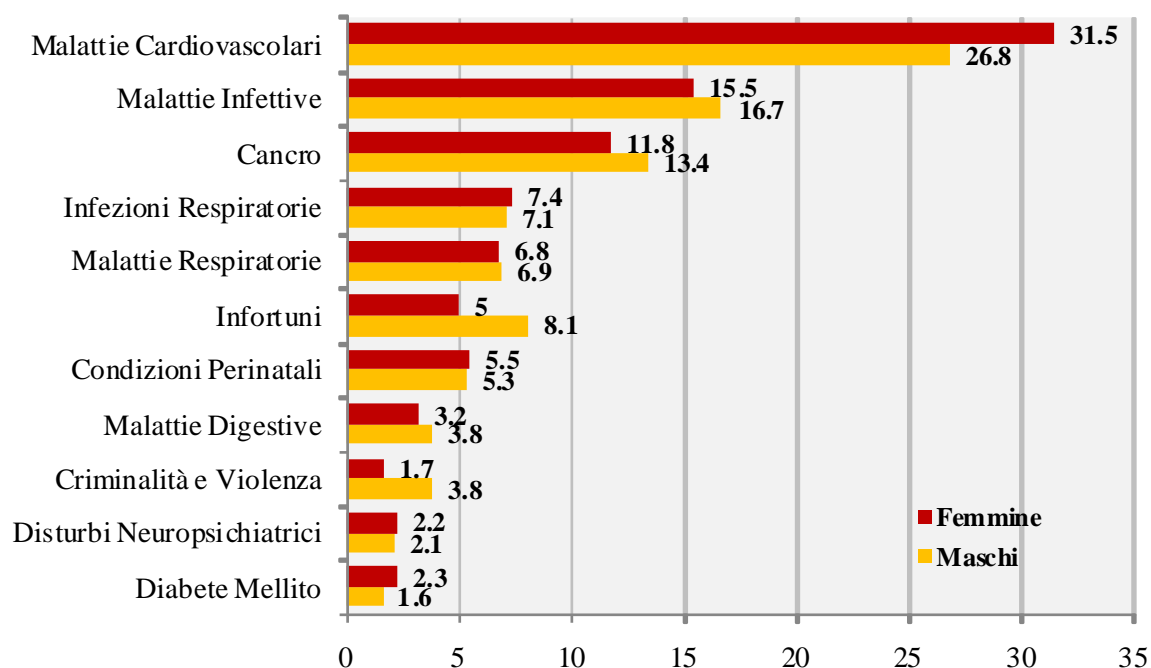
Il grafico successivo (Grafico 1) mostra invece la mortalità per gruppi di cause a livello mondiale, evidenziando come le malattie direttamente collegate allo stile alimentare e al fumo di tabacco, soprattutto quelle cardiovascolari (prima causa) e il cancro (terza causa), rappresentano una sorta di “epidemia globale” colpendo sia i Paesi a basso reddito che quelli a reddito medio-alto. A questo proposito, è interessante notare come nei Paesi a reddito medio-alto l’incidenza delle malattie croniche è in diminuzione, pur essendo sempre alta, grazie ad azioni educative e politiche proposte ai livelli sia locale sia nazionale, mentre nei Paesi a basso reddito è in costante aumento. In effetti, si tratta di un rapporto tra povertà e salute che ha senso non solo nei rapporti tra i diversi Paesi, ma anche tra i differenti gruppi sociali all’interno dei singoli Stati. Stiamo parlando di quei fattori definiti determinanti socio-economici della salute, concetto che sarà specificato meglio successivamente, che influenzano anche gli stili alimentari di singoli individui e gruppi sociali e si contraddistinguono quindi come fattori di rischio per lo sviluppo di specifiche patologie croniche quali, come detto prima, le malattie cardiovascolari e il cancro.

Tra le strategie in atto volte a salvare parecchie vite umane, a livello globale e nei prossimi 10 anni, ci sono quelle dell’OMS basate sul “Rapporto sulla prevenzione delle malattie croniche” (OMS, 2005). Questo è un documento dettagliato che illustra l’epidemia globale di malattie croniche e rileva il fatto che malattie cardiovascolari, cancro e diabete uccidono

milioni di persone ogni anno, soprattutto nei basi a basso e medio reddito, incidendo negativamente anche sulle economie locali e sui fattori di sviluppo.

A livello europeo, poi, c'è la strategia *Gaining health*, sviluppata anche in Italia con il nome di “Guadagnare Salute” (Ministero della Salute, 2007) e implementata attraverso diverse azioni e progetti coordinati dal Ministero della Salute.

Grafico 1 - Distribuzione percentuale di mortalità per gruppi di cause, maschi e femmine, mondiale, 2004



In Italia, le malattie croniche tutte causano 372 morti ogni 100.000 persone. Nello specifico, il tasso standardizzato di mortalità per età mostra che ci sono 155 casi ogni anno su 100.000 attribuibili alle malattie cardiovascolari e 133 casi annuali, sempre calcolate su una popolazione di 100.000, dovute al cancro (*World Health Statistics*, 2009).

I dati del documento dell'OMS *Highlights on health in Italy*, pubblicato nel 2004, mostrano come le malattie croniche o non trasmissibili siano responsabili dell'81% delle morti totali in Italia, mentre le cause esterne incidono per il 6% e le malattie trasmissibili per meno dell'1%. Con riferimento al 2001, il documento sottolinea l'impatto delle malattie cardiovascolari, responsabili del 38% delle morti totali, con la specifica della patologia ischemica coronarica, che causando il 12% di mortalità si identifica come la principale patologia killer in Italia. Inoltre, in questa statistica si rileva il peso specifico del cancro, che è causa del 31% delle morti totali. Un dato particolarmente interessante è quello relativo alle patologie polmonari e agli altri disturbi cardiologici, che in Italia è il più alto tra i Paesi della zona Eur-A per la fascia di età 15-29 anni.

La mortalità dovuta al cancro ai polmoni è, in Italia, più alta nella popolazione maschile rispetto a quella femminile, ma mentre nella popolazione maschile il trend è in costante diminuzione, considerando il periodo 1995-2001, lo stesso non si può dire per l'universo femminile. Infatti, nello stesso arco di tempo, la mortalità per cancro ai polmoni nelle donne della fascia di età 25-64 anni è aumentata dell'11%.

Oltre ad essere responsabili del più alto numero di morti a livello mondiale, le malattie croniche si legano anche a condizioni disabilitanti o invalidanti. Il calcolo quantitativo dell'impatto di un gruppo di malattie sulla salute è proposto nella successiva tabella 2. Si tratta di una rilevazione che si basa su una particolare unità di misura centrata sugli anni di vita persi a causa della disabilità (Daly - *Disability Adjusted Life-Year*). Daly indica la somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

Tabella 2 - Percentuale sul totale DALYs per genere dei dieci principali gruppi di disabilità in Italia (OMS, 2003)

	Maschi		Femmine	
	Gruppi di Disabilità	Totale DALYs (%)	Gruppi di Disabilità	Totale DALYs (%)
1	Condizioni Neuropsichiatriche	22.7	Condizioni Neuropsichiatriche	28.0
2	Neoplasie	19.0	Malattie Cardiovascolari	16.9
3	Malattie Cardiovascolari	19.0	Neoplasie	16.2
4	Infortuni	7.6	Patologie muscolo-scheletriche	6.0
5	Malattie respiratorie	5.7	Patologie degli organi di senso	5.9
6	Patologie degli organi di senso	4.8	Malattie respiratorie	4.5
7	Patologie gastroenteriche	3.9	Diabete mellito	4.1
8	Patologie muscolo-scheletriche	3.5	Infortuni	4.0
9	Diabete mellito	3.4	Patologie gastroenteriche	3.8
10	Criminalità e violenza	1.8	Disordini endocrini	1.8

All'interno di uno scenario siffatto, è chiaro che la questione delle malattie croniche e il loro enorme impatto sulla salute della popolazione rappresentino una priorità di Sanità Pubblica. La discussione, piuttosto, dovrebbe spostarsi su come contrastare tale problematica, ossia in quali termini e con quali strategie. Le azioni più interessanti sembrano volgersi all'ambito della prevenzione, con l'obiettivo di ridurre i fattori di rischio individuali analizzando e cercando di limitare l'impatto delle cosiddette "cause delle cause".

In tale prospettiva si inserisce il Piano d'Azione OMS 2008-2013, pubblicato all'interno della strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili e approvato a maggio 2008 nel contesto della sessantunesima Assemblea mondiale sulla salute. Il documento è stato sviluppato dall'OMS insieme ai singoli Stati membri e si centra sulla strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche definita nel marzo del 2000. Il documento "2008-2013 *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*" specifica gli obiettivi e le azioni da sviluppare nell'arco dei sei anni. Inoltre:

- spiega le motivazioni di azioni urgenti per il periodo 2008-2013 destinate a far fronte al crescente peso delle malattie croniche sulla salute pubblica;
- fornisce il quadro complessivo dell'*Action Plan* approvato a maggio 2008 dalle delegazioni di 193 Stati membri, compresa la necessità di riferire dei progressi generali nel 2010 e nel 2012;
- presenta la principale strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche che esorta gli Stati membri a sviluppare cornici di riferimento per le politiche nazionali, a definire programmi, a scambiare le proprie esperienze.

L'*Action Plan* 2008-2013 punta a implementare gli interventi già in corso a livello nazionale, nonché a creare nuovi piani d'azione laddove questi non siano ancora presenti.

Il Piano d'Azione prevede 6 obiettivi specifici:

- elevare la priorità riconosciuta alle malattie croniche nei piani di sviluppo nazionali e globali, integrando le strategie di prevenzione nelle politiche di tutti i ministeri dei Governi;
- definire e potenziare politiche e piani nazionali per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche;
- promuovere interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol;
- promuovere la ricerca per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche;
- promuovere partnership per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche;
- monitorare le malattie croniche e i loro determinanti e valutare i progressi a livello nazionale, regionale e globale.

In Italia, quindi, l'incidenza sempre più alta delle malattie croniche perlopiù evitabili e il peso arrecato dalle sue complicanze ha portato alla realizzazione di un Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e

Province autonome per il periodo 2005-2007. Uno dei motivi che ha portato al Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione 2005-2007, a parte le ovvie ragioni relative alla promozione e al mantenimento della salute della popolazione, è quello di contenere le grosse spese finanziarie che discendono dalle patologie croniche e che gravano direttamente sul Servizio Sanitario Nazionale. Il coordinamento atto al conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, considerando le specificità degli interventi di prevenzione e promozione della salute svolti a livello regionale, è stato affidato al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) che ha il compito di organizzare insieme alle Regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva.

Il Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione 2005-2007 si centra sui seguenti ambiti:

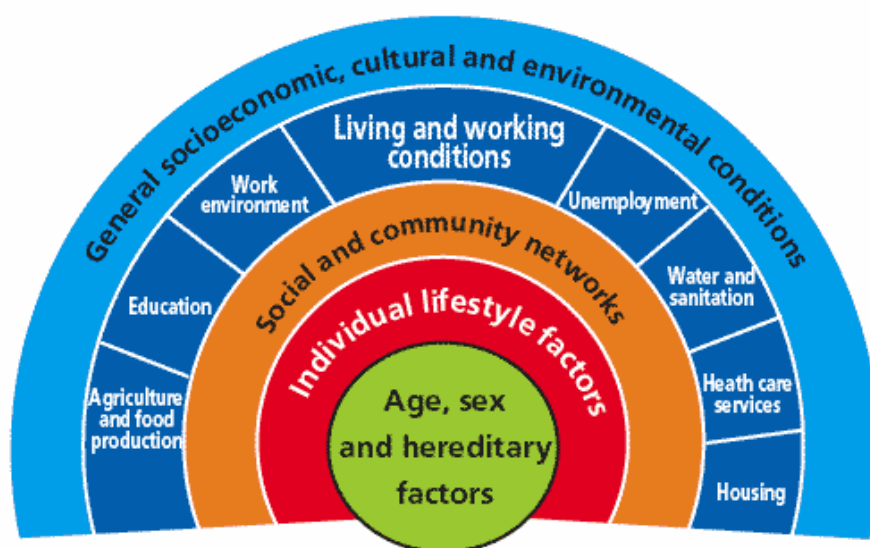
- patologia cardiovascolare (diffusione della carta del rischio, prevenzione di obesità, complicanze del diabete e recidive);
- screening dei tumori;
- incidenti (domestici, stradali, sul lavoro):
- vaccinazioni.

2 - I determinanti di salute

Come abbiamo avuto modo di vedere nel capitolo precedente, la salute concerne un concetto non universale e non univocamente definibile. Le scienze sociologiche, infatti, evidenziano come la salute rappresenta un costrutto sociale che dipende da diversi fattori di tipo socio-economici, culturali, etnici ecc. Seguendo l'ottica biopsicosociale si giunge a riconoscere la salute come un insieme dinamico di elementi biologici e comportamentali determinati da diversi fattori. Alla base ci sono le scelte dell'individuo tra le diverse alternative a sua disposizione; scelte che conducono alla solidificazione delle abitudini e all'adozione di specifici stili di vita. In tal senso, lo stile di vita è uno dei determinanti della salute che rappresenta, a sua volta, un fattore influenzato da altri determinanti di livello "macro".

Un modello generale, parecchio "considerato" all'interno del panorama scientifico, dei rapporti e della rilevanza dei determinanti di salute è quello proposto nella figura successiva (Figura 3).

Figura 3 - Modello dei determinanti di salute “layers of influence” (Dahlgren, Whitehead, 1991)



In questo schema, i determinanti di salute sono descritti attraverso semicerchi concentrici che partono dai fattori generali e di livello macrosociale, come quelli socio-economici, e arrivano agli elementi specifici caratteristici dell'individuo singolo come quelli genetici ed ereditari. Nello specifico, il semicerchio più esterno, quello che contiene tutti gli altri, è rappresentato dalle “condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali” che si identificano quali fattori primari alla base di una lunga serie di determinanti di salute che arrivano fino all'individuo e al suo stato di salute/malattia. Questa figura, apparentemente semplice, prova, di fatto, la complessità dell'influenza e della dipendenza dei diversi determinanti capaci di influenzare lo stato di salute/malattia del singolo individuo.

Proponiamo, di seguito, una descrizione generale dei principali determinanti della salute per giungere, poi, a focalizzarci sugli stili di vita di fumo e alimentazione.

2.1 - Determinanti biologici, genetici e psicologici

L'eredità genetica ha una grande influenza sulla salute. Vi sono malattie genetiche che sono evidenti già dalla nascita, definite anomalie congenite, e malattie che si sviluppano durante l'infanzia o l'età adulta. Molte di queste condizioni patologiche sono “inevitabili”, ossia indipendenti dall'influenza dei determinanti socio-economici, culturali, relativi allo stile di vita ecc. A fianco a queste, però, ci sono alcune malattie che possono essere influenzate da fattori esterni relativi, ad esempio, all'alimentazione o al fumo. In particolare, il riferimento è al diabete e alle malattie cardiovascolari che, in alcuni soggetti, si sviluppano sulla base di specifiche predisposizioni. Quindi, anche nel campo dei fattori di base immodificabili,

concernenti la familiarità o la predisposizione genetica, gli stili di vita sani sono fondamentali per ridurre o anche annullare il rischio dello sviluppo di una specifica patologia.

La “solidità” psicologica e la resilienza sono anch’essi determinanti di salute nella misura in cui conducono verso stili di vita sani fondamentalmente attraverso la capacità di gestire lo stress. I fattori di base a tali determinanti sono soprattutto l’autoefficacia, le strategie di *coping*, l’autostima, le capacità di *problem solving* e quelle di comunicare efficacemente. Si tratta di concetti molto simili tra loro e riferiti alla possibilità di sviluppare attitudini e capacità volte a fronteggiare le diverse situazioni della vita.

2.2 - Determinanti socio-economici

Il livello o status socio-economico è un determinante fondamentale della salute che si riferisce al reddito ed è interconnesso con fattori quali l’istruzione, le condizioni lavorative, l’idoneità dell’abitazione, la qualità dell’alimentazione, il sostegno sociale, l’accesso a migliori cure sanitarie ecc.

In letteratura ci sono molti studi che dimostrano gli stretti legami tra la salute, soprattutto in termini di mortalità e morbosità, e le condizioni socio-economiche. Si tratta di ricerche ed evidenze che dimostrano come alle migliori condizioni socio-economiche corrispondano quasi sempre buoni livelli generali di salute e longevità, mentre alle realtà più svantaggiate a livello economico e sociale sono collegate condizioni di scarsa salute e di maggiore mortalità (Kawachi, Kennedy, Wilkinson, 1999). In generale, gli indicatori epidemiologici mostrano differenze consistenti nell’aspettativa di vita tra Paesi ricchi e Paesi del sud del mondo. Nello specifico, ci sono studi che evidenziano una certa relazione tra fattori socio-economici e salute dimostrando come l’aspettativa di vita sia maggiormente correlata alla distribuzione del reddito nell’ambito di ciascuna società che non alla ricchezza globale di quella stessa società (Wilkinson, 1992).

Gli studi di “epidemiologia sociale” condotti dall’epidemiologo inglese Marmot (1999) hanno portato all’identificazione del cosiddetto *gradiente sociale nella salute*. Questi concerne il fenomeno secondo il quale a una più alta posizione sociale corrisponde una più lunga aspettativa di vita e una più bassa probabilità di incorrere in malattie. L’ambito è quello delle disuguaglianze di salute e, quindi, dei determinanti socio-economici che giocano un ruolo centrale nella definizione dello stato di salute. Ecco cosa dice Marmot durante il ricevimento del premio Balzan 2004:

La mancanza di risorse materiali comporta malnutrizione, probabilità elevate di infezioni e bassa resistenza ai loro effetti, esposizione agli elementi naturali e alle sostanze chimiche tossiche. Le disuguaglianze di salute, quindi, comportano alte probabilità di malattia per i più poveri, salute migliore per gli altri.

Tuttavia, il *gradiente sociale di salute* non riguarda soltanto i Paesi più poveri o i poveri nel senso estremo del termine, ma attraversa l'intera società e si può individuare anche negli impiegati di classe media e nei cosiddetti "colletti bianchi", dove chi si trova nelle posizioni anche leggermente inferiori è maggiormente colpito da malattie e da morte prematura rispetto a coloro che si trovano nelle posizioni superiori. Infatti, gli studi di Marmot sui dipendenti statali inglesi (1996) hanno dimostrato che il livello di salute delle persone varia in relazione alla posizione sociale detenuta all'interno di una società. A tal proposito, Marmot afferma:

Ci siamo chiesti il motivo per cui un dirigente con una formazione universitaria dovrebbe avere una salute peggiore e un più alto rischio di morte di un suo superiore gerarchico, ma uno stato di salute migliore di un suo sottoposto. Tra queste persone, tutti "colletti bianchi" con un impiego sicuro, nessuno era povero secondo il significato comune del termine; tuttavia c'era comunque un gradiente sociale di salute che percorreva la catena gerarchica dall'alto verso il basso (Marmot, Shipley, 1996).

Quindi, si può affermare che Marmot e i suoi collaboratori sono arrivati alla convinzione che cause materiali e psicosociali contribuiscono alle differenze descritte in termini di salute e che i loro effetti si estendono alla maggior parte delle malattie e delle cause di morte. Un fattore centrale è visto nello stress, considerato capace di determinare l'incidenza delle malattie.

Infine, si rileva la necessità che la politica si occupi di questi aspetti, non solo in quanto rappresentano i più importanti determinanti della salute nelle società moderne, ma anche perché riguardano questioni rilevanti di giustizia sociale che i Paesi devono affrontare.

2.3 - Determinanti relativi allo stile di vita

Come si evince dai dati riportati precedentemente, le malattie cardiovascolari e i diversi tipi di cancro sono le principali cause di morte in Italia. Questi dati conducono verso iniziative volte a diminuire l'impatto dei principali fattori di rischio e degli stili di vita non corretti, quali ad esempio le strategie di prevenzione o le azioni informative ed educative, dove peraltro si colloca la nostra ricerca-intervento. Seguendo l'ottica che condividiamo e

proponiamo, centrata sulle strategie di promozione della salute e sulla visione salutogenica, preferiamo concentrarci sugli stili di vita in termini di salute/malattia, piuttosto che esprimersi in termini di fattori di rischio modificabili, ponendoci così nell'ambito della prevenzione primaria.

Il concetto di stile di vita rappresenta comunque un tema complesso, ossia riferito a diversi aspetti di carattere sia individuale sia sociale. Per una definizione semplice ed esplicativa del concetto, proponiamo la seguente, proposta dall'OMS:

L'insieme di scelte comportamentali prese sulla base delle alternative che sono a disposizione delle persone, in relazione alla loro condizione socio-economica e della facilità con cui esse sono in grado di sceglierne alcune invece di altre (OMS, Ufficio Europeo).

Gli aspetti interessanti di questa definizione sono soprattutto due.

La prima riguarda i concetti di “scelta comportamentale” e “alternativa” a disposizione delle persone. Possiamo affermare che su questi due concetti e, più specificatamente, sulla possibilità di orientare le scelte comportamentali verso l'*alternativa* salute, si centra la nostra ricerca-intervento proposta in questa tesi. In effetti, lavorando con una parte della popolazione che è perlopiù giovane e sana, la questione della scelta di una vita senza fumo e di una dieta varia ed equilibrata si pone come possibilità per il gruppo target. Possibilità che può svilupparsi grazie a interventi informativo-educativi volti allo sviluppo di consapevolezza sui diversi stili di vita.

La seconda concerne la condizione socio-economica. Un aspetto, questo, che può determinare le scelte in termini di stile di vita o, per meglio dire, può influenzare le scelte del singolo limitandolo nelle opzioni o alternative disponibili, come visto nel sottoparagrafo precedente. In tal senso, le questioni delle disuguaglianze di salute generano gruppi sociali con minori possibilità di scelta e, quindi, con maggiori possibilità di incorrere in comportamenti scorretti dal punto di vista salutare.

Inoltre, c'è un aspetto che va sempre tenuto in conto, anch'esso compreso nella definizione dell'OMS, ossia che un comportamento, anche se non salutare, è sempre “funzionale” all'individuo e adottato per rispondere a una serie di variabili del contesto in cui lo stesso è inserito e dalle quali non è possibile prescindere per indurre modificazioni dello stile di vita.

Tra gli stili di vita capaci di determinare lo stato di salute, quelli correlati con l'alimentazione, l'attività fisica e il fumo di tabacco sono quelli su cui si è focalizzata la

nostra ricerca-intervento. Nei due paragrafi successivi proponiamo una più specifica, seppur breve, descrizione delle caratteristiche e dell'impatto epidemiologico degli stessi.

3 - Alimentazione e attività fisica

Lo sviluppo di uno stile alimentare sano è caratterizzato dalla contemporanea presenza di conoscenze e consapevolezza legate al "mangiare". Nello specifico, esso si basa sulla conoscenza delle qualità organiche dei cibi; sul sapere cosa, come e quanto mangiare e sullo svolgimento regolare di attività fisica. Quello alimentare è forse il più complesso e particolare tra gli stili di vita essendo direttamente correlato ad aspetti di tipo culturale, sociale e motivazionale. In tal senso, l'educazione rappresenta un fattore centrale nell'orientare verso un'adeguata nutrizione e anche l'età in cui hanno inizio i programmi pedagogici sull'alimentazione riveste una particolare importanza, laddove iniziando prima, magari dalle scuole elementari, si potranno raggiungere maggiori risultati. Prima di porsi obiettivi legati al cambiamento delle abitudini alimentari, bisognerebbe comunque fornire informazioni specifiche e relative alla qualità e alle caratteristiche organiche del cibo, al fine di sviluppare le giuste conoscenze nutrizionali (Guarino, 2007).

I risultati della nostra ricerca-intervento, che proporremo meglio successivamente, dimostrano che gli studenti posseggono sufficienti conoscenze sulla qualità dei cibi e sul rapporto tra comportamento alimentare e salute, anche se hanno forti resistenze rispetto al cambiamento dello stile di vita verso una dieta maggiormente equilibrata. Un aspetto, questo, dimostrato da diverse ricerche. Una di queste è stata proposta da Federalimentare e svolta dall'Istituto Doxa nel 2004. Si tratta di un'indagine realizzata sul target bambini (dai 6 agli 11 anni) e adolescenti (dai 12 ai 17 anni) rispetto all'alimentazione, l'attività fisica e il benessere fisico. Qui, il rapporto tra sufficiente conoscenza dei comportamenti connessi con uno stile di vita corretto e difficoltà a volgersi concretamente verso stili di vita salutari è spiegato dal target con riferimento alla complessità della vita quotidiana e ai ritmi che pongono ostacoli verso lo svolgimento di attività fisica e l'adozione di un'alimentazione corretta. Inoltre, dall'indagine emerge la figura di un adolescente abbastanza pigro e poco soddisfatto del suo stato fisico. Solo un adolescente su tre si muove a piedi per più di 30 minuti al giorno.

I dati sull'attività fisica sono particolarmente interessanti, sia per la sua relazione con lo sviluppo di numerose malattie, sia l'eccessivo livello di sedentarietà riscontrato in adolescenti e preadolescenti. In effetti, svolgere attività fisica in maniera regolare ha una forte valenza in

termini di prevenzione di malattie coronariche o tumori e di fattori di rischio quali l'ipertensione o l'obesità. I dati ISTAT del 2002, proposti dal Ministero della Salute nel 2005, dimostrano che solo il 20% della popolazione di 3 anni e più dichiara di praticare sport con continuità e che il 10% lo pratica saltuariamente. Inoltre, il 29% della popolazione di 3 anni e più ha dichiarato di svolgere comunque una qualche attività fisica, come fare passeggiate per almeno 2 Km o andare in bicicletta. Interessante il dato delle persone sedentarie, che non praticano nessuno sport e nessuna attività fisica, che è pari al 41% della popolazione generale (circa 23 milioni di persone). Altri aspetti per noi interessanti della ricerca dell'ISTAT sono i seguenti:

- gli uomini praticano maggiormente sport con continuità rispetto alle donne (24% contro il 16%) e anche saltuariamente (13% contro 8%), mentre le donne svolgono più attività fisica non sportiva (29% contro il 28% degli uomini);
- influenza dei modelli genitoriali nello svolgimento di attività fisica. Infatti, si è visto che il sostegno da parte dei genitori, e in particolare della madre, si lega in maniera statisticamente rilevante con lo svolgimento di attività fisica nei giovani. Inoltre, il ruolo dei genitori diviene meno rilevante con la crescita del giovane, mentre assumono maggiore importanza la scuola e il gruppo dei pari.

In Italia, il sovrappeso, l'obesità e l'alta prevalenza di diabete nei bambini e negli adolescenti rappresentano questioni di Sanità Pubblica particolarmente rilevanti e, come abbiamo visto, connessi ai determinanti socio-economici, culturali e psicologici della salute. Il sovrappeso e l'obesità concernono l'eccesso di massa corporea costituito mediamente per il 75% da massa grassa e per il 25% da massa magra. Il sistema per definire la presenza di sovrappeso e obesità si basa sull'Indice di Massa Corporea (IMC), calcolato come rapporto tra peso in kg. e altezza in m², è correlato con la percentuale (%) di massa grassa. La tabella successiva (vedi Tabella 3) illustra i livelli di IMC per la definizione di sovrappeso e obesità.

Tabella 3 –Indice di Massa Corporea (IMC) per la definizione delle condizioni di sovrappeso e obesità

Condizione	IMC (Indice di Massa Corporea)
Sovrappeso	25 - 29.9
Obesità I grado	30 - 34.9
Obesità II grado	35 - 39.9
Obesità III grado	≥ 40

Il quadro che emerge da questi dati dimostra che in Italia c'è un particolare bisogno di strategie di promozione dell'attività fisica, soprattutto considerando come le più importanti organizzazioni internazionali che si occupano di salute raccomandano la pratica quotidiana di attività fisica, moderata o intensa, per almeno 30 minuti per ogni cittadino (OMS, 1996).

In Italia, quasi la metà della popolazione maschile e un terzo di quella femminile è sovrappeso; mentre si riscontra circa il 10% di obesità in entrambi i sessi. Interessante il fatto che circa il 17% dei 15enni maschi è pre-obeso, mentre il 3% è in uno stato di obesità. La popolazione femminile della stessa età presenta, invece, il 7% di pre-obesità e l'1% di obesità vera e propria (OMS, *Highlights on Health in Italy*, 2004).

Vari studi hanno dimostrato come l'eccessivo peso si lega allo sviluppo di malattie cardiovascolari. Inoltre, le ricerche evidenziano come tale condizione è responsabile del 5% dei casi di cancro, che concerne una mortalità di circa 300.000 persone l'anno (Banegas, 2002; Bergstrom et. al., 2001). Un'altra evidenza per noi interessante è che il sovrappeso e, in particolare, l'obesità nelle fasi dell'infanzia e dell'adolescenza persistono nell'età adulta e si associano al rischio di diabete e malattie cardiovascolari (Stark et. al., 1981).

Un altro fattore "alimentare" di rischio legato allo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili è la scarsa assunzione di frutta e verdura. Un fattore che si stima sia causa di circa il 18% di cancro gastrointestinale, il 28% di malattia ischemica del cuore e il 18% di infarto in Europa. La raccomandazione dell'OMS è di consumare più di 400 g di frutta e verdura al giorno per persona. Una raccomandazione che in Italia appare abbastanza soddisfatta, considerando che la media di consumo di frutta e verdura è di 479 grammi per il periodo 1994-1995. Il consumo di frutta e verdura dipende anche dal livello di reddito delle persone, come dimostrato da alcuni studi (Joffe, Robertson, 2001). Così, l'alto consumo di frutta e verdura nei Paesi mediterranei, Italia compresa, può essere spiegato dalla maggiore accessibilità, sia quantitativa sia economica, degli stessi.

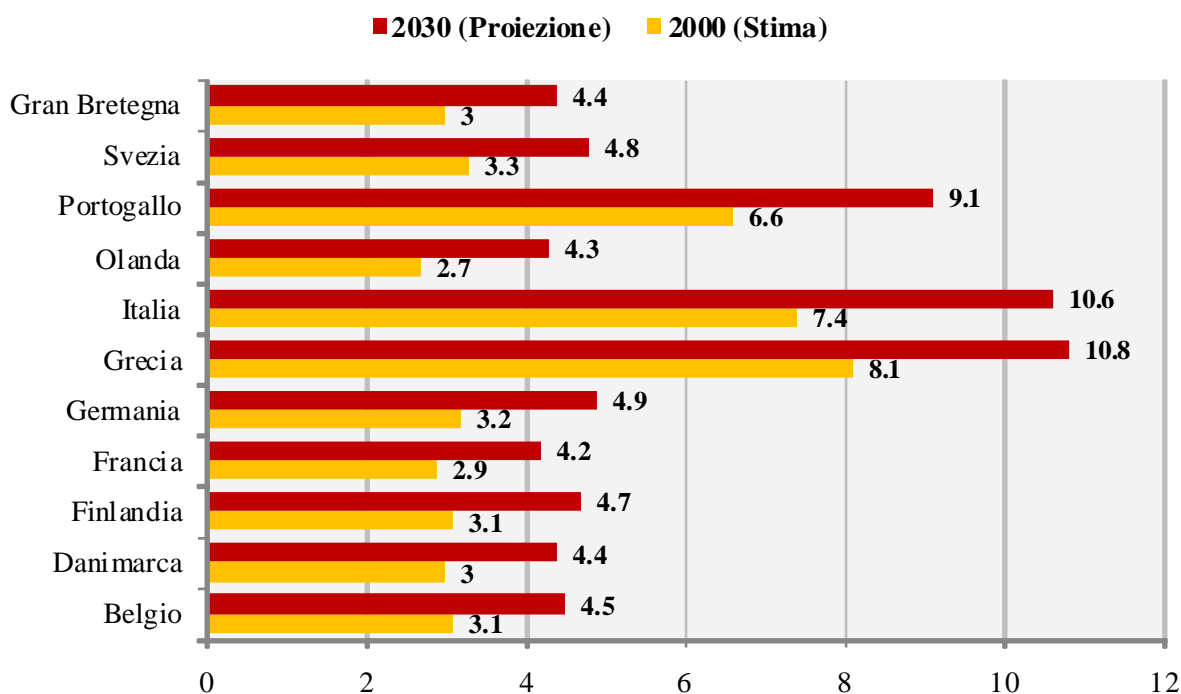
Nel rapporto nazionale del sistema di sorveglianza PASSI è riportato che il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Solo il 10%, però, dichiara di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura così come raccomandato.

Le questioni dell'alimentazione e dell'attività fisica non rappresentano un rischio per la salute di per sé, tranne nei casi dell'adozione di comportamenti distorti e rischiosi che abbisognano di strategie preventive precoci e specifiche. Vari sono i fattori che rendono conto di tale "distorsione" dei comportamenti e delle abitudini negli adolescenti. Tra questi, ci sono fattori

socio-economici come il basso reddito della famiglia, il basso livello di istruzione o la scarsa educazione al regolare consumo di frutta e verdura; e fattori psicologici come il bisogno di appartenenza al gruppo dei pari, la ribellione verso le norme sociali, l'ansia o la depressione. Infine, una visione generale dei dati dimostra come vi siano degli stili di vita multi-rischio, ossia la contemporanea presenza di alimentazione sbagliata e ricca di grassi e sedentarietà caratterizzata da un alto numero di ore passate davanti ad uno schermo (televisione, computer, videogame ecc.).

I dati sulla prevalenza del diabete in Europa, che dimostrano la presenza di valori alti nel conteso italiano, sono riportati di seguito (vedi Grafico 2).

Grafico 2 - Prevalenza di diabete in Europa (IOTF, 2004)



4 - Fumo di tabacco

Il fumo di sigaretta provoca dipendenza sia di tipo fisico sia di tipo psicologico. La nicotina può essere considerata alla stregua di una droga, non solo per la dipendenza che determina, ma anche per la velocità con cui giunge al cervello, ossia la sua azione psicoattiva tipica delle droghe più forti.

La classica sigaretta è composta da molti elementi che durante la combustione sprigionano circa 4 mila sostanze chimiche perlopiù tossiche, irritanti e cancerogene. Si tratta di una miscela eterogenea che si sviluppa dal processo di combustione delle foglie di tabacco. Le

principali e più dannose sostanze sono il monossido di carbonio, l'acroleina, la formaldeide e le nitrosamine, presenti nella fase gassosa; la nicotina, i fenoli e le benzopirene, presenti nella fase corpuscolata; gli idrocarburi policiclici aromatici (benzopirene ecc.) che hanno una riconosciuta azione cancerogena.

I danni fisici del fumo dipendono dalla quantità e dalla qualità dell'esposizione, in termini di numero di sigarette fumate al giorno, anzianità di fumo, profondità dell'inalazione ecc. Gli effetti negativi per la salute umana derivano anche dall'esposizione al fumo passivo. Infatti, il fumo passivo può provocare problemi fisici anche nei non fumatori, soprattutto se esposti in maniera continuata. Ci sono evidenze, ad esempio, del fatto che i figli di genitori fumatori presentano una maggiore incidenza di polmoniti, bronchiti e crisi asmatiche rispetto agli altri (Pietrantonio, 2001).

Il fumo di tabacco rappresenta il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui si attribuisce circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (vedi Tabella 4).

Tabella 4 - Percentuale sul totale DALYs dei dieci principali fattori di rischio in Italia

Fattori di Rischio	Totale DALYs (%)
Tabacco	12.2
Pressione sanguigna	10.9
Alcol	9.2
Colesterolo	7.6
Sovrappeso	7.4
Scarso consumo di frutta e verdura	3.9
Inattività fisica	3.3
Uso di droghe	1.8
Sesso non sicuro	0.8
Deficit di ferro	0.7

Le condizioni disabilitanti o mortali attribuibili al fumo sono tante e vanno dal cancro ai polmoni (principale responsabile) a quelli alla vescica, al fegato, all'esofago, alla laringe e al pancreas. Il fumo è anche causa di diverse malattie cardiovascolari, ha effetti sul cavo orale, provoca danni di tipo dermatologico e influisce sulla funzionalità del sistema immunitario e dell'apparato riproduttivo.

Questa breve e generale descrizione dei principali effetti del fumo sulla salute umana fa sì che esso possa essere descritto quale killer silenzioso e non del tutto riconosciuto per i suoi effetti deleteri. In effetti, non c'è ancora abbastanza conoscenza sull'azione del fumo e, in

particolare tra gli adolescenti, c'è poca consapevolezza sugli effetti di lungo periodo per la salute umana. Inoltre, come visto durante il nostro intervento e che riporteremo nel capitolo sui risultati, laddove queste conoscenze sono illustrate agli studenti, raramente conducono a un cambiamento di atteggiamenti verso il fumo. La spiegazione di questo fenomeno concerne l'insieme di bisogni psicologici e i diversi significati che sono attribuiti a questo comportamento. Il significato "funzionale" del comportamento si lega spesso al bisogno di appartenere al gruppo dei pari, alla voglia di trasgressione verso regole viste come limitanti, alla necessità di differenziarsi dai genitori e dagli adulti, alla ricerca di una propria identità adulta e alla possibilità di gestire lo stress. Su queste basi, l'adolescente si trova spesso, e perlopiù in maniera inconsapevole, a preferire il vantaggio immediato che gli dà, ad esempio, l'essere accettato in un gruppo o il definire la propria identità attraverso dimensioni trasgressive, piuttosto che aderire a un modello di comportamento sano che ha senso solo in una visione di prospettiva. In effetti, l'adolescente considera più importanti le preoccupazioni relative alla scuola, all'aspetto fisico o alle relazioni con i pari piuttosto che quelli che riguardano il fumo o l'alimentazione. In tal senso, l'identificazione e l'analisi dei bisogni psicologici può contribuire ad affrontare il problema del "fumatore consapevole" andando aldilà della semplice informazione e lavorando sulla consapevolezza e sui processi motivazionali.

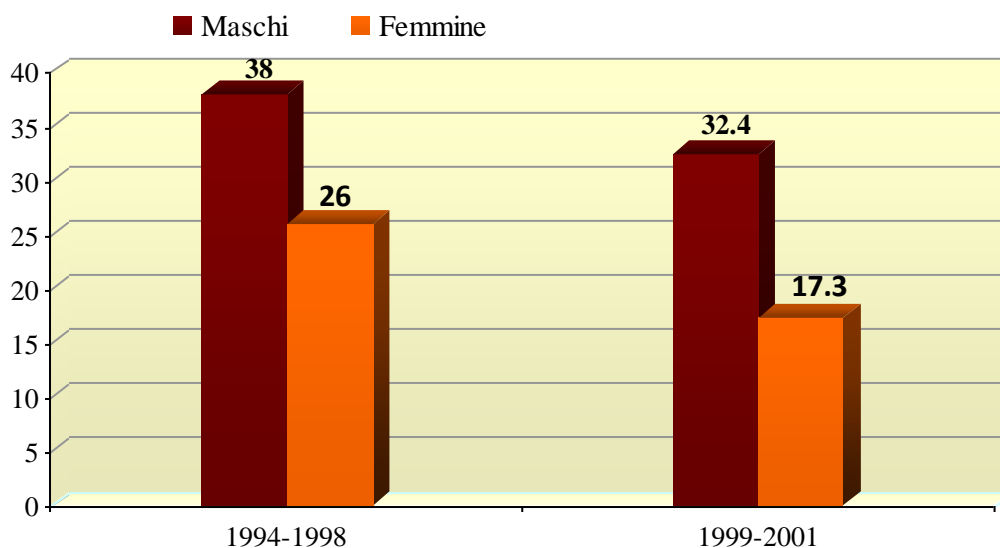
Oltre ai bisogni psicologici, ci sono altri fattori che influenzano e determinano il comportamento del fumatore. Si tratta di fattori socio-culturali, relativi a leggi, valori e norme che possono favorire l'iniziazione al fumo; fattori interpersonali, basati sul modello familiare che può far apparire come comportamento "normale" il fumare; fattori biogenetici, basati sulla vulnerabilità data da elementi genetici.

In Italia i fumatori corrispondono al 29,2% (35% dei quali maschi e 23,8% femmine). I fumatori della fascia di età 15-24 anni sono in aumento (il 30% dei maschi e il 27% delle femmine sono fumatori regolari).

Questo dato che fa capire la necessità che si propongano e realizzino interventi preventivi sempre più estesi, soprattutto in considerazione del fatto che l'aumento dei fumatori della fascia 15-24 anni si lega in modo inevitabile alla decisa ascesa futura dei danni fumo-correlati.

Il grafico successivo mostra i dati sulla percentuale di fumatori nell'intera popolazione italiana (vedi Grafico 3). Questi dati, aggiornati al 2001 e differenziati per sesso, mostrano come nella popolazione generale il numero dei fumatori totali sia comunque in diminuzione.

Grafico 3 – Distribuzione percentuale dei fumatori in Italia, per genere e per gli anni 1994-1998 e 1999-2001 (OMS, *Highlights on Health in Italy*, 2004)



Un tema su cui bisogna intervenire, come anticipato precedentemente, è quello della percezione del rischio per la salute legato al fumo che appare ancora poco corretta. Uno studio riportato dal Ministero della salute (ESPAD, 2003) rileva come la percezione dell'elevato rischio collegato al tabagismo è bassa in Italia in tutte le classi di età considerate ed equivale a circa l'8,3%. La percezione di un rischio moderato, per tutte le classi di età, è intorno al 23,5%; mentre coloro che ritengono minimo il rischio legato al tabagismo sono il 46,7%, dato calcolato sempre su tutte le fasce d'età. Per quanto riguarda l'età di inizio dell'uso quotidiano di tabacco, questa è più frequente tra i 13-14 anni.

Ci sono diverse evidenze del fatto che i fumatori sono in aumento tra la popolazione con più basso livello di istruzione e reddito (Bostock, 2003). Dai dati si evince una sorta di correlazione inversamente proporzionale tra l'autoaffermazione, l'autostima e l'abitudine al fumo di tabacco.

In Italia, i dati del sistema di sorveglianza PASSI del 2008 (vedi Tabella 5) rilevano come l'abitudine al fumo è più alta tra la popolazione giovanile, gli uomini, le persone che hanno un livello di istruzione intermedio (media inferiore e media superiore) e con particolari difficoltà economiche.

I dati percentuali proposti nella tabella mostrano quindi come ci siano associazioni significative tra l'abitudine al fumo di tabacco e fattori quali l'età, il sesso, il livello di istruzione e di reddito anche nel contesto italiano.

Tabella 5 – Distribuzione percentuale dei fumatori in Italia in base alla classe di età, il sesso, il livello di istruzione e la condizione economica (PASSI, 2008)

Caratteristiche	Fumatori
Totale	29,8%
Classi di età	
18-24 anni	33,3%
25-34 anni	36,7%
35-49 anni	31,0%
50-69 anni	23,8%
Sesso	
Uomini	34,5%
Donne	25,3%
Livello di istruzione	
Nessuna/Elementare	22,9%
Media inferiore	33,8%
Media superiore	30,7%
Laurea	24,2%
Difficoltà economiche	
Molte	37,8%
Qualche	30,5%
Nessuna	29,8%

5 - La scuola e le strategie di Sanità Pubblica

L'identificazione della scuola quale contesto particolarmente adatto per gli interventi di promozione ed educazione alla salute nasce da una serie di elementi o caratteristiche che le sono proprie e la definiscono, in un certo modo, quale fondamentale agenzia educativa.

Il primo e più ovvio di questi, nonché fondamentale, è che attraverso la realizzazione di interventi nell'ambiente scolastico si ha la possibilità di entrare in contatto con tutta la fascia giovanile della popolazione, proprio nel momento in cui questa inizia a sperimentare diversi comportamenti cosiddetti a rischio. Inoltre, è da evidenziare che gli studenti rappresentano una fascia di popolazione non solo giovane, ma anche perlopiù sana. Un aspetto importante, questo, poiché offre la possibilità di lavorare allo sviluppo di una cultura della salute centrata sulle prospettive future e sulla promozione e il mantenimento di corretti stili di vita.

Un secondo fattore è rappresentato dal tempo, ossia dal fatto che la scuola è frequentata per molto tempo da soggetti in crescita. Un elemento, questo, che consente di seguire da vicino lo stile di vita degli studenti e apre a riflessioni più generali sui modelli culturali prevalenti nella popolazione giovanile rispetto ai temi della salute. Su queste basi sono sorti diversi

programmi pluriennali basati su osservazioni e volti al monitoraggio dei comportamenti di salute.

Un altro fattore concerne le strategie di Sanità Pubblica, nel senso che il contesto scolastico rappresenta un *setting* ideale per l'attuazione di interventi volte al miglioramento della salute della popolazione di uno Stato. La scuola, infatti, contempla l'intera popolazione infantile e adolescenziale e offre, quindi, l'opportunità di ottenere importanti risultati sullo sviluppo di *empowerment* e sulla salute di tutto il Paese. In effetti, l'Istituzione scolastica non è deputata soltanto alla preparazione nozionistica dell'alunno, ma è anche un'agenzia educativa di grande importanza che può favorire l'acquisizione di conoscenze e lo sviluppo di consapevolezza in campi quali l'alimentazione, il fumo, lo svolgimento di attività fisica ecc.

Il fattore successivo concerne il ruolo dell'insegnante. Si tratta di un ruolo complesso e centrale nella formazione non solo professionale ma anche psico-affettiva degli studenti. Un ruolo educativo per il quale, molto spesso, gli insegnanti non sono formati e devono improvvisare tecniche non valutabili e dettate soprattutto dal "buon senso". A questa importante figura educativa, che riveste un ruolo centrale nella formazione di una persona, non si può chiedere molto di più di quello che già fa. Piuttosto, dovrebbero essere le Istituzioni politiche a riconoscere e valorizzare il ruolo educativo e la "posizione" strategica degli insegnanti, proponendo una formazione più ampia in termini sia didattici sia pedagogici. Sarebbe utile cominciare a parlare di "competenza educativa e affettiva" dell'insegnante, riconoscendo così il valore fondamentale della relazione che questi stabilisce con lo studente.

Infine, ci sembra interessante discutere della "rete", ossia del fatto che la scuola è una realtà centrale per la comunità di appartenenza ed è in connessione con altri enti e Istituzioni educative. Essa, quindi, oltre a rappresentare un'agenzia educativa fondamentale è il terreno ideale per interventi nel campo della promozione della salute implementati in collaborazione con realtà territoriali quali le ASL, le Università, i Comuni, ecc.

Infine, possiamo affermare che esiste una stretta connessione tra scuola e salute, come confermato da molte ricerche che analizzano la complessa interdipendenza tra apprendimento di buone regole di vita e acquisizione di modalità nuove volte a conservare uno stato di salute ottimale (Barnekow, Rivett, 1999; Barnekow, 2006). Le evidenze di efficacia dei programmi di educazione alla salute nella scuola portano, in molti Paesi, a considerarla come luogo ideale per l'attuazione delle iniziative di prevenzione e di promozione della salute (Crosswaite, Currie, Young, 1996).

In definitiva, la scuola rappresenta un contesto di vita in cui non solo si acquisiscono le conoscenze e le competenze di base, ma si sviluppano anche credenze, convinzioni e atteggiamenti che influenzano la crescita. Così, piuttosto che combattere o rimuovere l'influenza dei comportamenti rischiosi per la salute, il ruolo della scuola può meglio definirsi all'interno di un sistema che promuove atteggiamenti e comportamenti sani basati sulla considerazione delle variabili relazionali, sociali e culturali che li determinano. In tal senso, gli obiettivi degli interventi dovrebbero essere volti all'acquisizione di nuove conoscenze e allo sviluppo di maggiori consapevolezza sui comportamenti e gli atteggiamenti di salute.

6 - Le scuole promotrici di salute

La sintesi di quanto detto finora, quindi, è che la scuola contribuisce al processo di socializzazione modellando l'identità e aiutando lo studente a sviluppare il suo potenziale. Questa rappresenta un centro di aggregazione fondamentale per lo sviluppo della cultura della salute, visto che gli studenti si trovano in una fase della vita in cui si iniziano a maturare precisi stili di vita, abitudini e atteggiamenti che spesso si mantengono per tutta la vita. È abbastanza chiaro, quindi, come la scuola possieda le caratteristiche di contesto speciale atto alla promozione della salute.

L'OMS riconosce questo valore specifico della scuola parlando di "scuola promotrice di salute" quale ambiente favorevole alla salute, all'apprendimento e al lavoro (OMS, 2002). I principi proposti dall'OMS mirano a progetti coordinati con altre istituzioni, volti all'inserimento dei programmi per la salute nei curricula scolastici e alla formazione dei docenti.

Nello specifico, la rete delle scuole promotrici di salute (ENHPS - *European Network of Health Promoting School*) è un programma europeo stabilito nel 1992 dalla Commissione Europea, il Consiglio d'Europa e, come detto sopra, l'OMS Regione Europa. Tale strategia intende dimostrare l'efficacia dei programmi di promozione della salute nella scuola, centrandosi su una visione sistemica, proponendosi di interessare tutti gli attori sociali presenti nel contesto scolastico e stabilendo solidi rapporti con le famiglie e la comunità più in generale. Le scuole che aderiscono alla rete si propongono di comunicare la loro esperienza all'interno del settore educativo e sanitario, allo scopo di creare evidenze e influenzare le politiche del settore a livello locale, nazionale e internazionale.

La promozione della salute nella scuola è definita come segue:

Un insieme di processi, azioni e interventi che hanno come scopo quello di mettere in grado la comunità scolastica di sostenere e migliorare la condizione di salute e di benessere al suo interno (WHO, the European Network of Health Promoting Schools, 1993).

Nella prima Conferenza sulla rete Europea delle Scuole Promotrici di Salute (*WHO, ENHPS, First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, 1997*), tenutasi a Thessaloniki-Halkidiki, in Grecia, nel maggio del 1997, sono stati individuati 10 obiettivi o principi caratterizzanti la scuola promotrice di salute, visti come condizioni che i Governi devono creare per supportare la rete. Questi, in sintesi, sono i seguenti:

- Partecipazione e pratica democratica: principio basilare collegato allo sviluppo individuale e collettivo.
- Equità e accesso: principio capace di garantire che ognuno a scuola è libero, senza nessuna forma di discriminazione o di oppressione. La scuola promotrice di salute mira all'inclusione sociale prevedendo per tutti le stesse possibilità di accesso alle opportunità formativo-educative.
- Empowerment e competenze di azione: creare autonomia, indipendenza e responsabilità sia degli insegnanti sia degli alunni. L'empowerment dei soggetti giovani è considerato fondamentale e capace di influenzare gli ambienti di vita.
- Sostenibilità: tutte le iniziative proposte devono essere sostenibili.
- Curriculum di promozione della salute: offrire competenze atte allo sviluppo di conoscenza e spirito critico utili per affrontare anche le realtà extrascolastiche.
- Formazione degli insegnanti: un investimento che considera la salute degli insegnanti oltre alla formazione professionale.
- L'ambiente scolastico: che deve essere idoneo dal punto di vista fisico e sociale.
- Partecipazione e collaborazione: partnership a tutti i livelli con le organizzazioni sanitarie ed educative.
- Coinvolgimento della comunità: ossia riconoscere il valore e l'importanza della pianificazione e della gestione degli interventi.
- Valutazione: ossia misurare il successo, sia a livello della scuola sia della comunità più generale.

Lo sviluppo delle scuole promotrici di salute, in definitiva, deve centrarsi su politiche sanitarie che ne rafforzino i principi e ne condividano gli obiettivi. I principi proposti sono sintetizzati molto bene nella figura successiva (Figura 4).

Figura 4 - Il modello della Scuola Promotrice di Salute (Jensen, Simovska, 2002)



7 - L'empowerment

Con il termine empowerment si fa riferimento a una parola di lingua inglese di difficile traduzione in italiano. Diversi autori hanno proposto concetti esplicativi che ne richiamano il senso, parlando di "acquisizione di potere" (Francescato, 1996); di "potenziamento, condizione, delega e trasferimento del potere, apertura a nuovi mondi possibili, responsabilizzazione e aumento di capacità" (Piccardo, 1995); o di "responsabilizzazione tramite la piena valorizzazione del contributo di coloro che operano in una organizzazione" (Scoot, Jaffe, 1994).

Aldilà della traduzione in italiano del vocabolo, è interessante evidenziare come il termine indica sia un concetto, legato a conoscenze e competenze, sia un processo, riferito all'acquisizione di responsabilità e al raggiungimento degli obiettivi. Per una descrizione generale del tema possiamo riferirci alla seguente definizione:

Empowerment è un costrutto complesso che indica l'insieme di conoscenze, competenze, modalità relazionali che permette a individui e a gruppi di porsi obiettivi, di elaborare strategie per raggiungerli, utilizzando risorse esistenti (Putton, 1996).

Nell'ambito delle scienze della salute, l'empowerment è identificato come un processo volto alla costruzione di una nuova cultura della salute, centrata sullo sviluppo di consapevolezza e sull'adozione di stili di vita salutari. A partire dalle evidenze sull'inefficacia di programmi e interventi soltanto informativi, si è giunti a riconoscere l'importanza o, per meglio dire, l'imprescindibilità dell'agire sui comportamenti per promuovere la salute. In tal senso, i temi centrali degli interventi volti a favorire lo sviluppo di empowerment si sono spostati verso i processi motivazionali al cambiamento, legati all'autoefficacia, alla capacità di *problem solving*, all'influenza del contesto sociale, all'importanza delle relazioni affettive di tipo familiare e amicale, al *locus of control* interno, ai processi di interazione sociale.

Gli interventi per lo sviluppo di empowerment trovano nella scuola un contesto particolarmente adatto alla sua implementazione per diversi motivi. Innanzitutto, c'è un elemento generale legato al fatto che nella scuola si passano molti anni della propria vita, aspetto già descritto più sopra. Inoltre, la funzione e il ruolo sociale della scuola è cambiato negli anni, passando da sistema di trasmissione di conoscenza e di preparazione al mondo del lavoro ad agenzia educativa con compiti di "promozione del benessere", ruolo praticamente stabilito per legge attraverso l'invito a proporre programmi di educazione alla salute. Infine, il fatto che la relazione educativa scolastica è uno dei tre elementi facilitanti o inibenti lo sviluppo di un elevato livello di empowerment negli adolescenti. Gli altri due sono la relazione educativa genitoriale e le altre relazioni, anch'esse con valore educativo, legate al gruppo dei pari, agli altri soggetti adulti o ai media (Buscaglioni, Gheno, in Putton, 1996).

Secondo la Putton, la realizzazione di interventi volti allo sviluppo di empowerment nella scuola seguono tre obiettivi fondamentali: promuovere autostima; fornire strumenti per aumentare le competenze; sviluppare creatività per produrre cambiamenti.

È chiaro come l'empowerment, centrato su una dimensione sistemica, si può promuovere coinvolgendo ed evidenziando il ruolo attivo degli operatori scolastici, con il docente visto quale "facilitatore" del processo di apprendimento. Gli interventi in questo campo mirano a rinforzare il ruolo attivo dello studente quale protagonista del proprio sviluppo e del proprio apprendimento e puntano sulla trasmissione di competenze piuttosto che sull'insegnamento delle materie e il semplice passaggio di conoscenze. In tal senso, il processo di cambiamento che discende dalle strategie di empowerment si volge verso l'allargamento delle conoscenze, delle competenze e delle categorie mentali per leggere la realtà.

Infine, lavorando con gli adolescenti nel contesto scolastico, è importante riferirsi alla specifica del self empowerment, ossia al processo che consente alla persona di aumentare le

possibilità di scelta e di realizzazione pratica dei propri desideri o aspirazioni. La possibilità di scelta è un aspetto centrale laddove apre a nuove modalità comportamentali e relazionali a partire dall'elaborazione delle risorse personali esistenti e dalla sperimentazione delle stesse. Così, le nuove possibilità si realizzano in pratica una volta applicate al contesto, ossia sperimentate, e diventano la base delle scelte future centrate sulla valutazione del vantaggio che esse apportano (Buscaglioni, Gheno, in Putton, 1996).

L'empowerment, quindi, rappresenta un percorso che dura tutta la vita e consente, una volta attivato, di modificare e migliorare la qualità della vita, partendo dalla consapevolezza delle proprie capacità dei propri limiti.

8 - Life Skills Education

Le *Life Skills Education* (LSE) rappresentano una tecnica completa e articolata per la progettazione di interventi di promozione della salute nelle scuole. Eccone una definizione:

Il termine life skills education viene generalmente riferito ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 2006).

Le LSE, che si pongono l'obiettivo dello sviluppo di autoefficacia e di empowerment nell'adolescente, sono fondamentali per la realizzazione di specifici comportamenti di salute. Gli obiettivi si riferiscono al *sapere*, all'*essere* e al *vivere insieme*. L'imparare a sapere concerne le abilità cognitive relative alla presa di decisioni e alla soluzione di problemi; l'imparare a essere si riferisce alle abilità personali e alla capacità di gestire lo stress; l'imparare a vivere insieme consiste nelle abilità sociali relative alla comunicazione interpersonale, alla cooperazione e al lavoro di gruppo.

Nel 1993, l'OMS ha identificato alcune caratteristiche per la promozione delle *Life Skills Education*, intesa come una delle tecniche fondamentali per l'educazione alla salute degli adolescenti nel contesto scolastico. Queste sono:

- *decision making*, ossia la capacità di prendere decisioni appropriate attraverso la valutazione delle possibili conseguenze delle stesse;
- *problem solving*, cioè la capacità di risolvere i problemi attraverso il riferimento all'esperienza passata e allo sviluppo di nuove soluzioni;
- pensiero critico, relativo alle capacità di comprendere la natura e le conseguenze di una situazione valutandone punti di forza e di debolezza;

- comunicazione efficace, che concerne la competenza linguistica centrata su elementi grammaticali (parole e regole), sociolinguistici (appropriatezza), discorsivi (coesione e coerenza) e strategici (uso appropriato di comunicazioni strategiche);
- capacità di relazioni interpersonali, ovvero di iniziare, mantenere e sviluppare una relazione con un'altra persona;
- empatia, che riguarda la capacità di immedesimazione e di sentire emozioni, pensieri e stati d'animo di un'altra persona;
- autoconsapevolezza, centrata sulla conoscenza di sé, dei propri bisogni come delle proprie risorse, e sulla capacità di porsi obiettivi personali;
- gestione delle emozioni, ossia la capacità di riconoscere e gestire le emozioni suscitate dai diversi contesti di vita;
- gestione dello stress, relativa alla capacità di sviluppare strategie di *coping* e di fronteggiare quindi le situazioni stressanti della vita quotidiana.

9 - L'adolescenza come fase di vita

Gli studi e le ricerche sull'adolescenza hanno goduto di un grande sviluppo negli anni ottanta (Dornbusch, Petersen, Hertherington, 1991; Elliot, Feldman, 1990). Ci sono due ambiti di studio che si sono particolarmente sviluppati e che risultano interessanti per il nostro lavoro: il contesto sociale dell'adolescente, con particolare riferimento alla famiglia e alla scuola, e l'interesse per la tarda adolescenza.

Per quanto riguarda il primo aspetto, si è potuto osservare uno spostamento dell'attenzione dall'ottica individualistica a quella ecologica, centrata sull'importanza del contesto sociale. In questi termini, le ricerche si sono spostate, ad esempio, dal declino dell'autorità genitoriale (Blos, 1979) alla questione dello sviluppo morale e dell'identità (Marcia, 1980).

Così, i nuovi temi della ricerca superano il paradigma individualistico e si volgono alla rilevanza del contesto quale ambiente dove avviene lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo dell'adolescente. In tal modo, si è attribuita una maggiore importanza al contesto familiare dell'adolescente, basata sulla visione dell'adolescenza quale *oggetto costruito socialmente e impresa comune* di genitori e figli (Youniss, 1983; Scabini, 1985; Cigoli, 1985; 1993; Sroufe, 1991). In altre parole, l'adolescenza è descritta adesso quale fase della vita non più caratterizzata dalla "separazione", ma quale momento di "trasformazione" dei legami esistenti in forme più mature (Youniss, 1983). Altro elemento interessante di questo nuovo

filone di ricerca è rappresentato dal fatto che l'adolescenza è vista come fase di rinegoziazione del rapporto tra genitori e figli (Grotevant, Cooper, 1986).

Per quanto riguarda il secondo aspetto, ossia la valorizzazione della tarda adolescenza come ambito di studio, si può affermare che questi rappresentano, più specificamente, uno spostamento di attenzione dagli aspetti biologici dello sviluppo umano verso aspetti maggiormente sociali e culturali.

L'adolescenza, considerata da più parti come una fase delicata dello sviluppo, riguarda un momento del ciclo di vita caratterizzato dal tema dell'identità e dalle trasformazioni in atto relativamente all'immagine di sé, al rapporto con i genitori e con gli altri, alla maturazione sessuale. L'aspetto centrale, che rende in parte conto della delicatezza di questa fase di vita, è la natura radicale del cambiamento che presuppone una maturità affettiva e relazionale ancora non del tutto sviluppata. Infatti, saranno lo sviluppo neurobiologico e psicologico che porteranno l'adolescente a completarsi nell'identità di adulto.

La dinamica principale che porta gli studiosi a porre particolare attenzione al rapporto tra l'adolescenza e l'adozione di specifici stili di vita è soprattutto insita in una caratteristica di questo periodo della vita, ossia nel fatto che a questa età si sviluppano e si sperimentano l'autonomia e l'indipendenza personale all'interno della ricerca di una propria identità. Si tratta di aspetti fondamentali per lo sviluppo psicologico e sociale dell'individuo, anche in rapporto agli stili di vita in termini di salute, laddove l'adolescente inizia concretamente a scegliere attivamente comportamenti e modalità relazionali specifici, iniziando a sentire un certo controllo sulla propria vita e a definirsi in una identità seppur ancora non stabile.

9.1 – Adolescenza, comportamento e rischio

L'adolescenza rappresenta un periodo considerato vulnerabile per quanto riguarda l'assunzione di comportamenti sbagliati o di dipendenza. Un particolare substrato psicologico, relativo alla propensione all'immediatezza e all'istantaneità, spiega, in parte, la continua ricerca di emozioni e la possibilità di sviluppare comportamenti dannosi. Altri fattori, anch'essi da tenere bene in conto durante gli interventi con gli adolescenti, si riferiscono all'insicurezza, al desiderio di trasgredire le regole per rendersi autonomi dai genitori e al bisogno di emulare i pari. Si tratta di elementi psicosociali che possono determinare comportamenti contrari alla salute e capaci di stabilizzarsi nell'età adulta.

L'adolescenza è anche una fase di particolare vulnerabilità legata ai fenomeni sociali, che sono anche capaci di creare "identità illusorie" in soggetti come gli adolescenti che stanno

“costruendo” la loro identità personale e che possono condurre, ad esempio attraverso l’eccessivo riferimento alle mode o alla forte influenza della pubblicità, a stili di vita ben specifici e non del tutto sani.

In termini generali, la vulnerabilità adolescenziale concerne la questione del rischio e del mettersi alla prova; una sorta di fase di sperimentazione e implementazione di nuovi comportamenti che servono all’adolescente per definire la propria identità e mettersi alla prova. Rischiare, quindi, può significare sperimentare se stessi all’interno di un contesto dove il gruppo dei pari gioca un importante ruolo motivazionale. Il rapporto più diretto tra comportamento rischioso e salute si rivede nello sviluppo di stress e nella propensione al suicidio, mentre in un’ottica futura si sviluppa in termini di stili di vita non corretti consolidati. Vediamo, di seguito, due modelli teorici che si propongono di spiegare la tendenza adolescenziale di sperimentare comportamenti a rischio (Guarino, 2007):

- *sensation seeking e novelty seeking*. Elementi che si riferiscono alla tendenza a ricercare un piacere “autocentrato” sul corpo, piuttosto che derivante da stimoli esterni. Tale modello cerca di spiegare la continua ricerca di nuove sensazioni tipica dell’adolescente, basata sulle nuove possibilità che derivano dalla maturazione sessuale e da una maggiore autonomia. La sperimentazione di nuovi comportamenti trova quindi senso all’interno del percorso di sviluppo dell’identità, centrato su nuove sensazioni fisiche ed emozioni emergenti. In tal modo, anche comportamenti legati, ad esempio, al fumo o all’assunzione di droghe rappresentano sperimentazioni che sono privi di effetti negativi immediati ma carichi di sensazioni nuove legate all’identità in costruzione;
- *risk taking*. Si riferisce a tratti di personalità maggiormente “eterocentrati” e legati al concetto di sfida interpersonale. In questo caso, l’adolescente, all’interno del suo personale processo di identificazione, propone comportamenti atti a testare la reazione degli adulti. Questo meccanismo spiega i comportamenti trasgressivi degli adolescenti, spesso volti a saggiare l’interesse dell’adulto, la sua attenzione e la rigidità dei limiti e delle regole a cui è sottoposto (Bonino, Cattelino, Ciairano, 2003).

Capitolo Terzo - OBIETTIVI, METODOLOGIA E STRUMENTI

*In genere, i nove decimi della nostra felicità
si basano esclusivamente sulla salute.
Con questa ogni cosa diventa fonte di godimento.*
Arthur Schopenhauer

1 - Razionale

Le teorie e i modelli alla base del nostro intervento, in particolare la nuova definizione del concetto di salute e l'approccio salutogenico così come sono stati descritti nel capitolo primo, partono dalla consapevolezza che il rapporto tra alimentazione, fumo di tabacco e malattia è stato approfondito e chiarito, mentre quello tra alimentazione, fumo di tabacco e salute è ancora da indagare e studiare. Su queste basi, la nostra attenzione si sposta sui determinanti di salute che concernono, in generale, tutte le decisioni e gli stili di vita adottati dagli adolescenti rispetto all'alimentazione e al fumo di tabacco. Per una definizione generale dei determinanti di salute, già descritti nel capitolo precedente, ci riferiamo a quella proposta dal Glossario dell'OMS del 1988:

I determinanti di salute sono l'arco dei fattori individuali, sociali, economici e ambientali che determinano lo stato di salute delle persone e delle comunità (OMS, Glossario, 1988).

In particolare, l'approccio salutogenico ci porta a condividere l'assunto che la salute non è qualcosa che si ottiene una volta per tutte, quanto piuttosto un processo che dura per tutto l'arco della vita delle persone e che è strettamente connesso con le capacità, le risorse e le *life skills* di quest'ultime. Quindi, nella progettazione della nostra ricerca-intervento siamo partiti dal presupposto che lo stato di salute di una persona, rispetto allo specifico tema dell'alimentazione e del fumo di tabacco, è conseguenza dell'interazione tra condizioni psico-fisiche e sociali relative, ad esempio, alla "funzionalità" dei comportamenti o alla realizzazione di soddisfacenti rapporti sociali.

La teoria dell'apprendimento sociale di Bandura, in particolare i concetti di apprendimento vicario e autoefficacia, ci è utile per l'elaborazione di ipotesi esplicative sulla funzione sociale di determinati comportamenti legati all'alimentazione e al fumo, ossia quegli stili di vita non corretti che vanno necessariamente letti all'interno del contesto del gruppo dei pari e con riferimento all'azione esercitata dall'ambiente sociale di riferimento.

L'ottica che seguiamo in questa ricerca-intervento, quindi, utilizza le strategie e gli strumenti della promozione della salute, condividendo l'approccio basato sul *setting* e riferendosi a una costellazione teorico-metodologica centrata sulla rilevanza e il significato del contesto e dei modelli di riferimento nello sviluppo e l'adozione di specifici comportamenti. In tal senso, l'atteggiamento degli studenti verso il cibo e il fumo, la loro percezione, le loro rappresentazioni sociali e simboliche e la possibilità di apprendere nuovi e più sani comportamenti è alla base del nostro intervento e ne definisce gli obiettivi.

2 - Obiettivi della ricerca-intervento

Gli obiettivi della ricerca-intervento proposta in questo lavoro di tesi nascono sia dalle evidenze degli effetti negativi per la salute dell'adozione di stili di vita non sani, come dimostrano i dati epidemiologici proposti precedentemente, sia con riferimento alle linee programmatiche proposte dal Ministero della salute per le azioni di prevenzione e promozione della salute nel territorio italiano. Così, partendo da un modello *evidence based* sugli effetti nefasti, a lungo andare, di una alimentazione scorretta e dell'uso di tabacco, abbiamo meglio specificato i nostri obiettivi riprendendo i suggerimenti proposti nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 e considerando le specificità del livello locale di ricerca e intervento, ossia l'Istituto Tecnico Commerciale "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" di Roma.

I punti interessanti del Piano Sanitario Nazionale per gli anni 2006-2008 (Ministero della Salute, 2006), ai fini della discussione sugli obiettivi che stiamo facendo, sono quelli riportati quali "priorità" dallo stesso documento. Tra questi vi sono:

- *organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione;*
- *favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale.*

Inoltre, è utile riportare la parte che si riferisce alla rilevanza di un'efficace programmazione sanitaria, dove si afferma la necessità di adottare percorsi metodologici specifici per la promozione della salute dei cittadini e per la prevenzione dei rischi a livello sia istituzionale sia scientifico. Tra i punti identificati, questi ci sembrano interessanti:

- *effettuare una definizione dei bisogni, e tra questi la identificazione delle priorità, partendo da una analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il "sistema sanità", le altre istituzioni, le*

rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;

- *sviluppare, all'interno della progettazione, strategie per una comunicazione coerente ed efficace in quanto questa, nel campo della prevenzione dei rischi e promozione della salute, risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi.*

Infine, il PSN 2006-2008 sottolinea l'importanza della promozione di stili di vita sani laddove dichiara l'intenzione di intervenire, da parte della dirigenza sanitaria, tra gli altri, nei seguenti settori:

- *educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza e dell'alcolismo, alla procreazione responsabile, sollecitando il contributo della scuola, attivando anche interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti;*
- *controllare e prevenire il sovrappeso e l'obesità nelle giovani generazioni tramite interventi che devono riguardare non solo la casa e la famiglia (ma anche la scuola e la città) e infine i mass media e gli organismi di controllo che devono diffondere la cultura dei cibi salutari (frutta e verdura) e combattere la pubblicità alimentare ingannevole.*

Nella sezione del documento "Dipendenze connesse a particolari stili di vita", che considera l'effetto degli stili di vita non sani sulla salute, si fa riferimento anche al fumo di tabacco:

- *la diffusione dell'abitudine al fumo è ancora troppo alta, soprattutto tra i giovanissimi, tra le donne, specie quelle in età fertile ed in gravidanza, con conseguente rischio per la salute anche del nascituro.*

Il documento specifica poi gli obiettivi da raggiungere, e dei quali riportiamo i seguenti:

- *prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, tramite l'attivazione di interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi in età scolare (scuola media inferiore e primi anni della scuola media superiore);*
- *proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo (Ministero della Salute, 2006).*

La premessa sulla rilevanza dei dati epidemiologici sulle malattie croniche, e in particolare quelle collegate all'uso di tabacco e ad una alimentazione scorretta, e il riferimento ad alcune parti per noi interessanti del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ci sono utili per chiarire il quadro generale a cui ci siamo riferiti nell'organizzazione della ricerca-intervento che qui proponiamo e, alla base, nella definizione degli obiettivi generali e specifici.

Concentrandoci, adesso, sul contesto specifico della nostra ricerca-intervento, dobbiamo riportare il fatto che i temi dell'intervento, che come detto prima sono quelli del fumo di tabacco e degli stili alimentari, sono stati individuati e scelti dagli studenti-tutor, in ossequio alla metodologia che abbiamo adottato (la *peer education*) ed in seguito ad una fase di *brainstorming*.

L'obiettivo generale della ricerca-intervento è stato quello di coinvolgere gli studenti dell'ITCG "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" di Roma al fine di promuovere stili di vita salutari, attraverso la riflessione sui comportamenti e con l'intento di creare una cultura della salute centrata sulla libertà dal fumo di tabacco e sull'adozione di abitudini alimentari sane.

Gli obiettivi specifici della ricerca-intervento sono i seguenti:

- aumento di conoscenza sui rischi per la salute connessi con il fumo di tabacco e gli stili alimentari non corretti (fase di intervento);
- aumento di consapevolezza sull'abitudine al fumo di tabacco e sugli stili alimentari attraverso la riflessione in gruppo (fase di intervento);
- descrizione e monitoraggio dello stato di salute degli studenti attraverso la valutazione del livello di CO espirato e dell'Indice di Massa Corporea (IMC) registrato (fase di ricerca);
- descrizione e monitoraggio dello stato di salute degli studenti attraverso l'elaborazione dei dati dei questionari su fumo di tabacco e alimentazione (fase di ricerca);
- identificazione delle dimensioni implicite e psicosociali connesse con l'abitudine al fumo di tabacco e l'adozione di stili di vita non corretti (fase di ricerca).

3 - I principi della ricerca-intervento

In relazione agli obiettivi dell'intervento sopra esposti, e soprattutto in riferimento alla questione del rapporto tra comportamenti e salute, il programma che abbiamo proposto si basa su metodologie centrate sulla partecipazione attiva degli studenti. Rendere gli studenti partecipi e protagonisti della ricerca-intervento li ha portati a confrontarsi maggiormente con

le proprie convinzioni e i propri sistemi di valori rispetto agli stili di vita del fumo di tabacco e dell'alimentazione. Il nostro intervento, quindi, si è basato sulla possibilità di rompere specifici schemi di credenze sedimentate favorendo dinamiche gruppali di discussione per mezzo della destrutturazione di quei modi di pensare che sono alla base dell'adozione di comportamenti quali il fumare o il mangiare male.

Tali azioni sono state possibili attraverso l'impostazione del programma quale ricerca-intervento. Questa è definita anche come pratica "riflessiva" (Gobo, 1993; Stringer, 1999; McNiff, 2000) poiché consente l'emergere di significati impliciti e specifici di un dato contesto. Alla base del coniugare ricerca e azione c'è la possibilità dello sviluppo di maggiore consapevolezza nelle scelte dei soggetti coinvolti. Così, stabilire momenti riflessivi, anche a livello "meta", porta gli studenti a confrontarsi con le proprie convinzioni sui temi del fumo e dell'alimentazione e apre alla possibilità di ragionare sul proprio processo decisionale.

La ricerca-intervento, quindi, rappresenta una tecnica che si adatta bene alle analisi del rapporto individuo-contesto, laddove gli studenti sono visti come partecipanti attivi e non come soggetti che "subiscono" l'intervento o ricevono specifiche nozioni e regole comportamentali.

4 - Il "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" di Roma

Il "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" di Roma è un Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri sito in via Palestro, ossia al centro di Roma, vicino alla stazione termini, nel Municipio I. L'ITCG "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" è nato dalla fusione di tre scuole romane: l'ITC "Duca degli Abruzzi", l'ITC "Gaetano Salvemini" e l'ITCG "Luigi Einaudi" con l'obiettivo di strutturare percorsi scolastici validi sia per l'inserimento nel mondo del lavoro sia per la prosecuzione degli studi a livello universitario. L'Istituto ha festeggiato nel 2002 il centenario dalla sua fondazione.

L'Istituto è composto da studenti che provengono da diversi quartieri di Roma, anche molto distanti dalla sede della scuola. Inoltre, c'è un'alta percentuale di studenti stranieri, provenienti soprattutto dall'est Europa (Romania, Moldavia, Albania, Polonia), dalla Cina e dall'Africa Orientale (Etiopia, Eritrea), per i quali sono realizzati interventi di educazione multietnica e di lingua Italiana.

La popolazione studentesca è di estrazione sociale alquanto diversificata. Le motivazioni principali alla base della scelta dell'Istituto, così come indicato dalla maggioranza dell'utenza

(60%), sono relative soprattutto all'esigenza di un immediato inserimento nel mondo del lavoro. La minoranza, comunque significativa, ha l'obiettivo di proseguire gli studi o a livello universitario o attraverso corsi di specializzazione post-diploma.

La scuola, oltre alle regolari attività didattiche, svolge attività di accoglienza, orientamento e recupero. Tra i progetti portati avanti, a parte "stili di vita e salute" di cui trattiamo in questa tesi, ci sono il laboratorio creativo, il laboratorio giornale, il festival dantesco, la raccolta differenziata e varie visite d'istruzione.

5 - La metodologia dell'intervento: la *peer education*

I principi della *peer education*, o educazione tra pari, si basano sull'idea che si può ottenere il cambiamento comportamentale negli adolescenti attraverso un metodo che coinvolga l'intero gruppo, considerandone le specifiche dinamiche relazionali. La valorizzazione dei processi comunicativi del gruppo dei pari fa di questa metodologia una delle tecniche di elezione per gli interventi di promozione della salute in contesti scolastici di grado superiore. Infatti, le strategie comunicative sono gestite direttamente da soggetti appartenenti allo stesso contesto del target di riferimento, e ciò conduce, quindi, all'espressione di stili comunicativi capaci di rendere più significativo il messaggio che si vuole trasmettere. Per una definizione generale dell'educazione tra pari, possiamo riferirci alla seguente:

L'insegnamento o lo scambio di informazioni, valori o comportamenti tra persone simili per età o stato (Milburn, 1995).

Le tecniche della *peer education* discendono soprattutto da modelli psicologici quali la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 2000), da principi pedagogici elaborati da Vygotskij (1980) e dalle teorizzazioni sulla rilevanza del gruppo ai fini dell'apprendimento mediato dall'esperienza così come è stato proposto da Bion (1971, 1972).

Il primo e fondamentale passo da compiere concerne l'identificazione dei *peer educator*, ossia quei soggetti che rappresentano un modello riconosciuto e seguito dal gruppo dei pari. È importante che la scelta dei *peer educator* sia fatta con criteri chiari al fine di individuare i veri leader che sono capaci di influenzare le opinioni e i comportamenti del gruppo di riferimento.

Il secondo passo concerne la costituzione del gruppo dei *peer educator*, caratterizzato dal fatto di essere composto spesso da studenti provenienti da classi diverse e che probabilmente non si conoscono. Questa fase riguarda quindi il conoscersi, ma anche il fatto di definire gli

obiettivi dell'intervento e confrontare le visioni personali sugli altri studenti e sulla scuola in generale al fine di giungere all'assunzione di responsabilità.

Il momento successivo è quello della progettazione dell'intervento, basato sulla realizzazione di un programma e sull'approfondimento di specifiche tematiche.

L'ultima fase è quella della realizzazione dell'intervento, dove gli adulti o gli esperti mantengono il loro ruolo di facilitatori del processo che è gestito dagli studenti-tutor.

La *peer education*, quindi, si fonda sull'idea che facilitare il protagonismo degli adolescenti e consentire loro di recitare un ruolo attivo sia maggiormente efficace per raggiungere gli obiettivi dell'intervento. Molto spesso, infatti, gli interventi proposti nel contesto scolastico non raggiungono risultati soddisfacenti e si scontrano con la questione del cambiamento comportamentale degli adolescenti verso stili di vita corretti. Le specificità di questa fase di vita si riscontrano nel fatto che gli studenti raramente accettano consigli per così dire "calati dall'alto" e non condivisi all'interno del gruppo dei pari. E ciò vale anche per specifici comportamenti collegati al fumo e all'alimentazione. Così, a partire da tali brevi considerazioni, è maggiormente identificabile l'efficacia della *peer education*, volta a riconoscere le dinamiche intergruppo e a sviluppare la partecipazione attiva degli studenti.

Il ruolo degli adulti in questa metodologia è particolarmente interessante. Questi, infatti, non sono gli esperti, ma i facilitatori dell'intero processo. Si tratta di un aspetto che conduce a un cambiamento radicale se considerato con riferimento ai classici modelli di intervento nel contesto scolastico. Gli adulti possono individuare i *peer educator* e seguire i giovani nella realizzazione dell'intervento, ma sono quest'ultimi a scegliere in piena autonomia sia il tema dell'intervento che le attività da sviluppare.

Infine, possiamo affermare che la metodologia della *peer education* può facilitare il processo di empowerment tra i più giovani. Un elemento, questo, che è centrale nell'ottica dello sviluppo di una cultura della salute a scuola quale obiettivo di Sanità Pubblica. In tal senso, la possibilità di sfruttare l'influenza positiva dei leader, risorsa fondamentale nel mondo degli adolescenti, può aprire alla creazione di nuovi modelli culturali da seguire che possono portare a comportamenti corretti in termini di salute.

6 - Metodi e strumenti dell'analisi quantitativa

6.1 - Il questionario sugli stili alimentari/attività fisica e il questionario sul fumo

Il questionario rappresenta uno strumento di indagine sociale che si basa su una griglia di domande formalizzate e standardizzate applicabili a qualunque oggetto o fenomeno da

analizzare. Più specificamente, con questo strumento si possono ottenere informazioni di natura soprattutto quantitative che si prestano ad analisi di tipo statistico. La logica alla base della somministrazione di un questionario è quella della misurazione, ossia la possibilità di quantificare in modo oggettivo aspetti quali la composizione demografica del campione, gli atteggiamenti, i gusti, le opinioni, i comportamenti ecc.

La fase di costruzione e preparazione del questionario è fondamentale nell'ottica dell'ottenimento di risultati significativi. In effetti, tale fase può condizionare il tipo di elaborazione che si intende eseguire nella fase successiva. Vi sono alcuni passaggi nella fase di costruzione di un questionario che sono centrali, poiché dalla loro coerenza discende la possibilità di ottenere informazioni qualitativamente e quantitativamente rilevanti e interpretabili.

Nella nostra ricerca-intervento, la rilevazione dei dati sugli stili alimentari/attività fisica è stata fatta attraverso la somministrazione di un questionario semi-strutturato ad alternative fisse predeterminate da noi costruito (vedi Appendice 1), composto soprattutto da domande a risposta chiusa o semichiusa (con possibilità per lo studente, e per alcune domande, di aggiungere una propria risposta a quelle previste). La modalità delle domande chiuse o ad alternativa fissa predeterminata ha consentito di ottenere, oltre ad un elevato tasso di risposta al questionario, una più efficace standardizzazione ed una maggiore facilità di codifica e di analisi delle risposte fornite dagli intervistati. Il questionario sugli stili alimentari/attività fisica ha verificato la percezione degli adolescenti in ordine alle seguenti aree tematiche: abitudini e consumo dei pasti; abitudini della prima colazione; abitudini alimentari del pranzo; abitudini alimentari della cena; informazione/conoscenza sui cibi sani e consumo di frutta e verdura; sedentarietà e tempo trascorso davanti a uno schermo; sport, movimento e attività all'aperto.

Il questionario sul fumo che abbiamo adottato è la versione completa del test di Fagerstrom (vedi Appendice 2). Si tratta di un questionario costruito da Karl O. Fagerstrom tramite il quale è possibile valutare la dipendenza fisica dalla nicotina. Questo è costituito da semplici domande, cui è stato attribuito un punteggio, ed è indicativo del grado di dipendenza fisica indotto dalla sostanza contenuta nelle sigarette. Il calcolo del punteggio si "legge" attraverso una scala così organizzata: punteggio da 0 a 2, livello di dipendenza lieve; da 3 a 4, livello di dipendenza media; da 5 a 6, livello di dipendenza forte; da 7 a 10, livello di dipendenza molto forte (Schonberger, Fagerstrom, Kunze, 1995).

Questo test non consente di definire la dipendenza psicologica, legata ai comportamenti che condizionano l'abitudine al fumo, ma è comunque un buon punto di partenza e un efficace sistema di autovalutazione.

Il test di Fagerström è quindi un test empirico che può essere molto utile soprattutto per valutare il grado di dipendenza di un soggetto. Noi lo abbiamo utilizzato come questionario, piuttosto che come test, in quanto si adatta bene all'analisi di soggetti che sono all'inizio di una storia di dipendenza dal fumo di tabacco. In questi termini, piuttosto che valutare il punteggio e stabilire il livello di dipendenza, così come previsto dal test, abbiamo sviluppato una descrizione statistica dei dati tratti dal questionario e fatto l'incrocio con i dati del Monossido di Carbonio (CO) rilevato. Tali descrizioni e analisi dei dati raccolti tra gli studenti del "Duca degli Abruzzi" saranno mostrati nel capitolo quarto.

6.2 - La rilevazione del Monossido di Carbonio (CO)

Durante la settimana della salute, fase centrale della ricerca-intervento, abbiamo raccolto i dati sul livello di monossido di carbonio (CO) degli studenti attraverso una macchinetta di rilevazione. A questo punto, descriviamo, di seguito, le caratteristiche del monossido di carbonio e i suoi effetti negativi per la salute e come funziona lo strumento della macchinetta di rilevazione del CO che abbiamo utilizzato nella ricerca-intervento, mentre nel capitolo sull'analisi dei dati quantitativi riporteremo i risultati registrati.

Il monossido di carbonio o CO è un gas tossico, inodore e incolore prodotto dalla combustione che si trova nei fumi di scarico delle macchine e nel fumo di tabacco. Il monossido di carbonio provoca importanti danni al corpo umano. Infatti, il CO penetra nei polmoni attraverso la respirazione di aria inquinata o per mezzo dell'inalazione del fumo di tabacco, viene assorbito nel sangue, legandosi all'emoglobina nei globuli rossi con una velocità 200 volte superiore rispetto all'ossigeno, del quale ne riduce quindi la produzione. Così, nei fumatori il CO può sottrarre tra il 2% e il 20% del normale livello di ossigeno nel sangue, portando l'organismo a lavorare più duramente per supportare tale carenza. Le conseguenze dirette sono i problemi di salute, che derivano soprattutto dal fatto che il cuore batte più velocemente tentando di reperire l'ossigeno sufficiente per l'organismo e dalla minore capacità respiratoria che si registra nel fumatore. Inoltre, i rivestimenti delle arterie sono maggiormente esposti al colesterolo, determinando una formazione di tessuto adiposo che aumenta il rischio di problemi circolatori, attacco cardiaco e ictus. Infatti, la COHb (carbossi-emoglobina) determina una maggiore densità del sangue. Smettendo di fumare, il

livello di monossido di carbonio presente nel sangue diminuisce quasi immediatamente, raggiungendo entro qualche giorno valori equivalenti a quelli di un non fumatore. Il sangue trasporterà una maggiore quantità di ossigeno, determinando un aumento delle energie, una migliore circolazione e una maggiore capacità di concentrazione.

La macchinetta per la misurazione del CO espirato rileva piccole quantità di monossido di carbonio nel respiro emesso con l'espiazione, ossia il valore di CO ppm. Il CO ppm indica il numero di molecole di CO in un milione di parti di aria e la quantità di CO presente nel sangue, ovvero il valore della COHb (%). La COHb (%) indica la percentuale di globuli rossi o emoglobina che trasportano CO invece che ossigeno. L'emoglobina o Hb presente nei globuli rossi veicola l'ossigeno o il monossido di carbonio. Ad esempio, se il valore di CO ppm è pari a 30 ppm, ciò significa che il 5% dei globuli rossi veicola monossido di carbonio. Il valore ottenuto non indica comunque il numero di sigarette fumate, ma fornisce maggiori informazioni sulle quantità di fumo inalato e a quanto tabacco della sigaretta è stato inspirato. Tipi diversi di tabacco producono quantità diverse di CO. Inoltre, il valore varia in base al tempo trascorso dall'ultima volta che si è fumato e con riferimento alle condizioni ambientali. Dopo 4-5 ore dall'ultima sigaretta il livello di CO risulta dimezzato.

7 - Metodi e strumenti dell'analisi qualitativa e testuale

7.1 - Tecniche di analisi del testo e concetto di rappresentazione sociale

La statistica basata sull'analisi del testo concerne metodi che si propongono l'obiettivo di analizzare le informazioni essenziali e implicite presenti negli scritti. La tesi di partenza è che le persone, attraverso le parole, esprimono una serie di "luoghi" o "realtà" mentali che, imponendo i propri specifici oggetti, determinano il lessico che l'individuo utilizza. Così, l'ipotesi alla base dell'utilizzo di strumenti di analisi del testo è che la statistica della distribuzione del vocabolario usato da una determinata persona consente di giungere a tali "luoghi" mentali e può permettere di capire perché colui che parla usa una serie di parole in una parte del discorso e altre parole in altri momenti. Si tratta, quindi, di tecniche che consentono di indagare il sistema di riferimento delle persone partendo dalla scelta delle parole utilizzate e cercando di individuare e analizzare le immagini mentali che sono alla base dell'elaborazione del discorso. In tal modo, l'analisi del testo si rifà alla categorizzazione degli oggetti (esterni e interni) operata dalla mente umana. Una categorizzazione pragmatica, ordinata e centrata su criteri specifici che riguardano sia classi di oggetti (categorie) che sensi narrativi (storie).

Più specificamente, nell'analisi dei testi ci si riferisce a degli universi lessicali caratterizzati da determinate parole ricorrenti proposte da colui che ha scritto il testo. Tali parole sono scelte in maniera inconsapevole, almeno per quanto riguarda il suo senso implicito e più generale, e riportano interessanti connessioni tra aspetti soggettivi e aspetti "culturali". Queste, in altre parole, riguardano spesso elementi "culturali", ossia modi di pensare culturalmente centrati, all'interno dei quali il singolo inserisce il suo personale punto di vista. A tal proposito si parla di "mondi lessicali" per identificare questa associazione tra espressione personale e riferimenti collettivi relativi alla "cultura" locale di appartenenza o all'ideologia di riferimento.

Questo meccanismo è alla base del concetto di rappresentazione sociale elaborato da Moscovici, che la descrive nei seguenti termini:

Una serie di concetti, asserti e spiegazioni che nascono nella vita di tutti i giorni, nel corso delle comunicazioni interpersonali. Esse sono nella nostra società, l'equivalente dei miti e delle credenze nelle società tradizionali. Possono essere addirittura considerate la versione contemporanea del senso comune (Moscovici, 1981).

Si tratta di un concetto fondamentale anche nell'ottica dell'adozione di comportamenti adeguati o di salute tra gli adolescenti. In effetti, c'è un forte consenso attorno all'idea che l'adozione di comportamenti corretti nasce, nel singolo, dalla formazione di definizioni sintetiche o semplificate della realtà esterna. Una sorta di mappatura dell'ambiente direttamente connessa con le attività svolte dal soggetto e che, allo stesso tempo, influenza le sue azioni future. Così, gran parte delle percezioni del singolo sono influenzate dal contesto di vita. Come dimostrato da diversi studi (Depolo, 1989), quindi, credenze religiose, idee politiche, cognizioni e giudizi sociali sono direttamente connessi con la realtà "culturale" o ambiente sociale del soggetto.

In termini generali, la rilevanza del concetto, così come il nostro interesse per lo stesso, nasce dalla possibilità di attribuire significato alle azioni degli individui e dalla sua funzione di facilitazione della comunicazione, laddove si riferisce al senso di appartenenza al gruppo che discende dai processi di rappresentazione. Il concetto di rappresentazione sociale, poi, si basa su due meccanismi fondamentali che sono definiti quali ancoraggio e oggettivizzazione. Così, le persone si trovano a dover ancorare nuove idee in contesti già esistenti e, per mezzo del processo di oggettivizzazione, rendono concreto ciò che è pensiero astratto. Il contenuto delle rappresentazioni è, chiaramente, diverso a seconda dei gruppi e dei singoli, pur

caratterizzandosi sempre quale principale organizzatore del pensiero individuale. Essi rappresentano, in altre parole, sistemi di ricostruzione sociale della realtà per mezzo di un processo di categorizzazione, condiviso da un dato gruppo, che assegna caratteristiche specifiche a persone ed eventi incontrati dall'individuo.

7.2 - I focus group

Il *focus group* è uno strumento qualitativo utile alla raccolta di informazioni che si basa sul presupposto della dinamica del gruppo quale elemento agevolante l'emergere di informazioni particolarmente originali. Esso consiste in una discussione di gruppo che prevede dalle 6 alle 12 persone, tutte aderenti ad una data realtà socioculturale, riunite per affrontare un tema di interesse specifico della comunità di appartenenza. Gli argomenti posti al centro della discussione sono al massimo due e rappresentano la base per eventuali sviluppi successivi delle indagini, ad esempio attraverso specifici questionari.

Il *focus group* raggiunge i suoi obiettivi quando i partecipanti sono coinvolti nella discussione e riescono a esprimersi nel modo più libero possibile, anche verbalizzando pensieri e convincimenti maggiormente profondi. In questo senso, si vengono a creare situazioni in cui i partecipanti possono trovarsi in accordo o in disaccordo l'uno con l'altro. Una situazione che apre all'effetto "rispecchiamento" del gruppo, ossia alla rappresentazione, in piccolo e all'interno dello stesso, di atteggiamenti e idee caratteristiche della comunità di appartenenza dei partecipanti.

L'efficacia di un *focus group* ruota attorno alla chiara definizione degli obiettivi della ricerca. Questo significa che il progetto di ricerca deve prevedere e identificare le informazioni che si vogliono raccogliere, nonché individuare il numero di *focus group* necessari allo scopo. Va precisato che la durata delle sessioni deve essere al massimo di due ore per evitare di produrre stanchezza o disinteresse nei partecipanti.

Il *focus group* è quindi uno strumento, e, come tutti gli strumenti, deve essere utilizzato nelle situazioni appropriate. Fra gli obiettivi che possono motivare il ricorso a tale strumento vogliamo sottolineare le seguenti:

- Conoscere il linguaggio utilizzato dalle persone quando si parla di uno specifico argomento.
- Conoscere la visione della popolazione su un particolare oggetto di studio.
- Formulare ipotesi di ricerca da verificare successivamente attraverso altri strumenti.
- Studiare problemi sociali complessi.

- Raccogliere informazioni a carattere generale su un fenomeno raro o nuovo.
- Sviluppare un contatto con il modo di pensare e il linguaggio di soggetti sottoposti a un particolare programma o intervento, come nel caso delle campagne di prevenzione.

Il ruolo del conduttore o moderatore-leader del *focus group* è molto importante. A questi, infatti, sono richieste competenze specifiche nel campo della gestione dei gruppi, laddove il ruolo riguarda soprattutto l'introduzione degli argomenti della discussione e l'assistenza al gruppo per lo sviluppo di una conversazione coinvolgente. La situazione considerata migliore prevede la presenza di una co-conduzione. In tal modo, le mansioni del secondo conduttore sarebbero soprattutto quelle di prendere appunti, mentre il primo garantirebbe che non si condizioni oltremodo la discussione e che tutti partecipino al discorso. Prima della fine dell'incontro, quindi, il secondo conduttore potrà proporre al gruppo una sintesi della discussione, in modo da assicurare una restituzione basata sulla corretta interpretazione di quanto emerso. Infine, ci sembra utile sottolineare il fatto che la qualità e lo stile della conduzione sono elementi che possono condizionare i risultati che si otterranno dalle successive analisi. I risultati finali, ad esempio, saranno incompleti nel caso di un'eventuale scarsa partecipazione di alcuni membri del gruppo o, al contrario, del troppo spazio concesso a personalità dominanti.

L'analisi dei *focus group* pongono spesso domande relative alla loro affidabilità, generalizzabilità e oggettività. Secondo Krueger (1994), il gruppo di lavoro dovrebbe innanzitutto chiarire e specificare per iscritto quali sono le ragioni alla base dello studio, quali informazioni si vogliono ottenere, chi userà tali informazioni e come saranno utilizzate le stesse.

In letteratura è abbastanza condivisa l'idea generale che il livello di complessità e completezza dell'analisi dovrebbe essere correlato all'obiettivo della ricerca. Così, si può optare per una descrizione narrativa o, al contrario, per un'analisi semantica dei contenuti emersi durante la discussione utilizzando specifici software.

Una forma base di analisi dei *focus group* è la redazione di un resoconto. Tale riassunto, o sintesi narrativa delle informazioni raccolte durante l'incontro, è utile nei casi in cui l'obiettivo è quello della registrazione di opinioni su uno specifico argomento o dell'analisi dei bisogni e dei problemi.

Un'altra modalità di elaborazione delle informazioni raccolte attraverso appunti del conduttore o registrazione dell'intero incontro è quella dell'analisi del contenuto. Si tratta di un modello di analisi che si può effettuare utilizzando software informatici o tecniche di base.

Tra i software più utilizzati vi sono il Nud-ist, nella sua versione recente denominata Nvivo (Richards, 1999) e il T-LAB (Lancia, 2002) che abbiamo utilizzato per l'analisi dei testi raccolti alla fine dei *focus group* nella nostra ricerca-intervento. Vi rimandiamo al capitolo quinto per la discussione dei risultati.

L'analisi del contenuto si basa sulla specificazione delle unità di analisi del testo, come le singole parole o le frasi. Il risultato è dato dall'esplicitazione del soggetto implicito delle frasi e dalla costruzione di ipotesi interpretative successive. Le parole sono utilizzate alla stregua di dati e, in un'analisi di stampo più quantitativo, vengono calcolate le frequenze con cui compaiono certe parole e le associazioni tra specifiche parole o concetti. Un esempio può essere dato dall'associazione di una specifica parola a elementi positivi o negativi, oppure dalle volte con cui emerge nel testo un concetto correlato all'oggetto di studio.

Infine, va chiarito che i risultati dei *focus group* non possono essere generalizzati alla popolazione di riferimento, in quanto non rappresentano una distribuzione statisticamente significativa della stessa. Questi, piuttosto, sono utili alla creazione di ipotesi esplicative e categorie generali sulle opinioni e le percezioni di un particolare gruppo sociale.

Capitolo Quarto - LA DESCRIZIONE E L'ANALISI DEI DATI QUANTITATIVI

1 - L'analisi descrittiva: i dati dell'indagine sulle abitudini alimentari

Come abbiamo avuto modo di vedere e spiegare nel capitolo secondo, alcuni stili alimentari rappresentano spesso quelle “cause delle cause” all’origine di particolari malattie croniche, o non trasmissibili, quali quelle cardiovascolari o diversi tipi di cancro. In tal senso, i dati sulle abitudini alimentari raccolti presso gli studenti dell’ITCG “Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi” di Roma, sulla base del questionario da noi realizzato e somministrato (vedi appendice 1), evidenziano alcuni atteggiamenti interessanti connessi con l’adozione di stili di vita non proprio sani. Il *range* temporale che consideriamo è, come detto, il triennio 2007-2009, anni in cui la scuola, in ossequio ai dettami della metodologia della *peer education* da noi adottata, ha promosso e trattato il tema degli stili alimentari, dell’attività fisica e del fumo di tabacco.

Procedendo con ordine nell’esposizione dei dati raccolti, iniziamo con quelli generali o di struttura, che riportiamo più sotto (vedi Tabella 6), e che rappresentano il quadro generale del contesto entro il quale abbiamo svolto l’intervento.

Tabella 6 - Caratteristiche del campione e distribuzione della media di peso e altezza, per maschi e femmine, per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Numero Studenti	83	105	139
Età Media	15 Anni	16 Anni	15 Anni
Popolazione Maschile (%)	65%	57%	58%
Popolazione Femminile (%)	35%	43%	42%
Peso Medio Maschi	Kg. 65	Kg. 60,4	Kg. 67,9
Peso Medio Femmine	Kg. 59	Kg. 59,8	Kg. 58,7
Altezza Media Maschi	m. 1,74	m. 1,75	m. 1,72
Altezza Media Femmine	m. 1,61	m. 1,63	m. 1,62

Il fatto che il numero di studenti coinvolti nell’intervento sia aumentato nel corso degli anni è un dato che valutiamo positivamente, sia perché ciò è indice di maggiore interesse suscitato presso il target, sia in considerazione del fatto che la scuola presenta spesso difficoltà nell’organizzazione di attività parallele a quelle curriculari e connesse soprattutto con la disponibilità di aule, di tempo, di professori ecc. Così, essere riusciti a suscitare interesse

negli studenti attorno ai temi della salute e aver trovato l'alleanza della scuola nella realizzazione della ricerca-intervento sono aspetti generali, o di contesto, che dimostrano la presenza di una domanda, ancora non del tutto emersa, connessa con l'approfondimento del tema degli stili di vita. Questo interesse e questa domanda sono emersi soprattutto nei *focus group*, dove gli studenti hanno avuto la possibilità di confrontarsi liberamente sul tema oggetto della ricerca-intervento. Vi rimandiamo al capitolo quinto per l'analisi dei *focus group* e degli elementi meno espliciti, come rappresentazioni, sensazioni e dinamiche, elaborati a partire dall'analisi dei testi scritti dagli studenti.

Prima di passare alla descrizione delle abitudini alimentari degli studenti, ossia la descrizione dei dati "grezzi" così come sono stati elaborati a partire dalle risposte date al questionario, dobbiamo far presente che lo stesso questionario è stato modificato nell'ultimo anno di intervento, cioè il 2009. Infatti, una prima valutazione fatta sui dati dei primi due anni ci ha portati a individuare specifiche criticità negli elementi "colazione", "consumo di frutta e verdura" e "attività fisica". In tal senso, l'edizione 2009 del questionario si è focalizzata su questi aspetti con l'intento di ricercare effetti positivi dell'intervento in termini di cambiamento di atteggiamenti verso i fattori sopra citati.

Nelle pagine successive, quindi, descriveremo i dati rilevati e proporremo, successivamente, gli incroci più interessanti così come sono emersi dalle analisi realizzate.

1.1 - La prima colazione

La prima colazione è il pasto più importante della giornata e particolarmente rilevante per gli studenti, così come evidenziato da varie ricerche realizzate da diversi Istituti specializzati, quali ad esempio l'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione). L'interesse di chi si occupa di educazione alla salute si volge verso l'abitudine di molti adolescenti a saltare il primo pasto quotidiano, considerato fondamentale per un sano equilibrio nutrizionale, e che altera il normale rapporto fame-sazietà col risultato di minori capacità di concentrazione, di memoria e quindi di rendimento scolastico. Inoltre, la sensazione di fame a metà mattinata porta spesso gli studenti a cibarsi di snack che trovano facilmente nelle macchinette presenti a scuola, col risultato di un aumento delle calorie assunte e la possibilità di incorrere, nel tempo, in sovrappeso e obesità. In questi termini, saltare la colazione rappresenta un rischio per la salute, considerando che alcune ricerche svolte sempre dall'INRAN dimostrano che esiste una relazione statisticamente significativa

tra mancanza di colazione e obesità (Bevilacqua, Censi, Cairella, Martone, Piccinelli, D'Addesa, 2006).

Partendo dalle considerazioni scientifiche di questi studi, abbiamo chiesto agli studenti se fanno la prima colazione, dando come possibilità di risposta le seguenti opzioni: “si, a casa”; “si, fuori casa” e “no”. I risultati (vedi Tabella 7) mostrano, per tutti e tre gli anni della ricerca-intervento, che la maggior parte degli studenti fa la colazione a casa (64% nel 2007; 71% nel 2008; 65% nel 2009). Le percentuali più basse si legano alla risposta “si, fuori casa” (10% nel 2007; 5% nel 2008; 10% nel 2009). Il dato decisamente più interessante, espresso sempre nella tabella 7, è quello della percentuale di studenti che dichiara di non fare la prima colazione, né a casa né fuori casa (26% nel 2007; 24% nel 2008; 25% nel 2009).

Tabella 7 - Distribuzione numerica delle risposte alla domanda “Fai la prima colazione?” Per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Fai la prima colazione?			
Si, a casa	51	72	87
Si, fuori casa	8	5	12
No	21	25	36
Non risponde	3	3	4
Totale	83	105	139

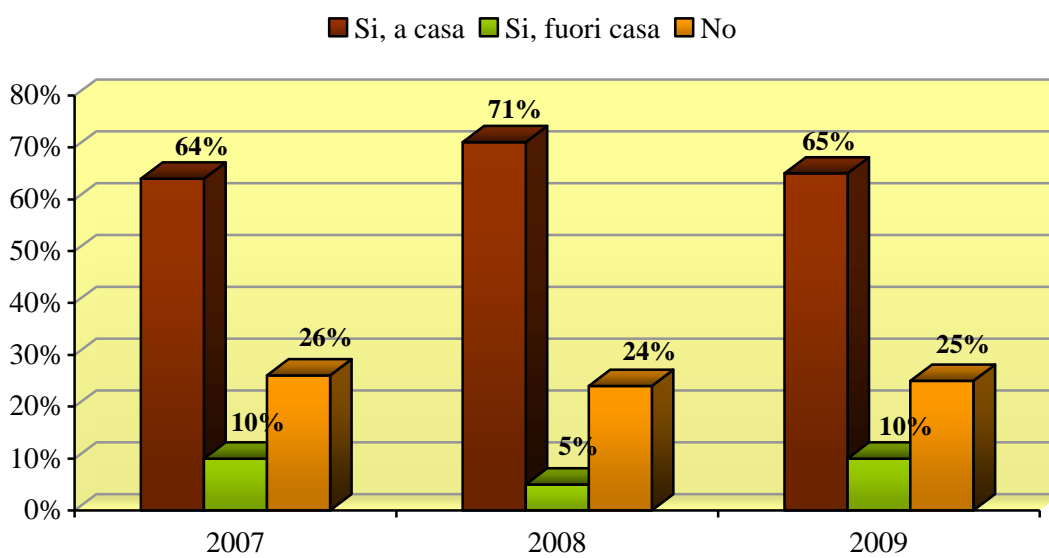
Si tratta di un dato preoccupante, viste le considerazioni fatte a inizio paragrafo, e in linea con altri studi che dimostrano che quasi 1 adolescente su 4 non fa la prima colazione (Berkey, Rockett, Gillman, Field, Colditz, 2003).

L'importanza di questi dati è stata rilevata dal nostro gruppo di lavoro già nel primo anno di intervento, dove si è riscontrato che il 26% del campione dichiara di saltare la prima colazione, e ci ha portati a indagare maggiormente la questione nelle edizioni successive della ricerca-intervento. I motivi alla base del non fare la prima colazione ci sono stati chiari soprattutto attraverso i *focus group*, dove abbiamo avuto modo di ascoltare gli studenti sul tema.

Il primo fra questi sembra essere il fattore tempo. Molti studenti, infatti, dichiarano di non trovare il tempo di fare la colazione e giustificano il fatto con il bisogno di dormire qualche minuto in più o con la necessità di uscire presto da casa perché abitano in quartieri anche molto distanti da quello della scuola.

Un altro fattore determinante è quello che si lega agli impegni dei genitori, che sono soprattutto di tipo lavorativo, e che non gli permettono di avere la giusta tranquillità per organizzare una sana prima colazione. Questo fattore concerne le abitudini, oltre ad aspetti “culturali” o di consapevolezza che portano i genitori a non assegnare il giusto peso alla prima colazione quale pasto fondamentale per l’equilibrio nutrizionale quotidiano.

Grafico 4 - Distribuzione della percentuale delle risposte alla domanda “Fai la prima colazione?” Per gli anni 2007, 2008 e 2009



Sulla base del dato “grezzo”, che mostra un’alta percentuale di studenti che saltano la prima colazione, abbiamo analizzato il rapporto tra questo fenomeno e il peso medio degli studenti per i tre anni. Il rapporto tra peso medio e prima colazione è espresso nella successiva Tabella 8.

Tabella 8 – Rapporto tra prima colazione e peso medio per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Peso e Colazione			
Peso medio di chi fa colazione a casa	Kg. 62	Kg. 65	Kg. 63
Peso medio di chi fa colazione fuori casa	Kg. 64	Kg. 65	Kg. 65
Peso medio di chi non fa colazione	Kg. 65	Kg. 66	Kg. 66

I risultati di questo rapporto, calcolato sul valore medio del peso degli studenti per i tre anni, mostrano una lieve differenza di peso tra coloro che dichiarano di fare la colazione e coloro che affermano invece di saltarla. La differenza di peso medio si attesta su valori differenti, ma comunque simili, per i tre anni. Nello specifico, la differenza di peso medio tra chi fa la

prima colazione a casa e chi non fa la colazione è di 3 chilogrammi per l'anno 2007; di 1 chilogrammo nel 2008 e ancora di 3 chilogrammi nel 2009.

Tuttavia, questi dati non riferiscono rapporti tra il non fare la colazione e il sovrappeso o l'obesità, ma evidenziano una prima differenza in termini di peso medio che conferma le ipotesi di rischio di sovrappeso legato alle abitudini alimentari della colazione. La condizione degli studenti rispetto alle questioni del sovrappeso e dell'obesità saranno affrontate meglio di seguito, nel paragrafo sulla rilevazione dell'Indice di Massa Corporea (IMC).

Se la questione del fare o non fare la colazione è fondamentale per la salute dello studente e per la prevenzione di sovrappeso e obesità, non di meno, la qualità e le caratteristiche dei cibi consumati (o che andrebbero consumati) durante questo pasto non sono aspetti da sottovalutare. In effetti, affermare di fare la colazione non basta per considerare questa come una "buona pratica" nutrizionale, soprattutto laddove molte persone dichiarano di bere solo una tazza di caffè senza mangiare nulla o quasi. Su quale sia, poi, la migliore colazione o la colazione-tipo ci sono varie scuole di pensiero. In generale, si possono tralasciare i modelli della "breakfast" anglosassone, molto ricca di grassi e prodotti animali, anche perché riferita a un contesto e ad abitudini molto diverse da quelle degli studenti italiani. Al contrario, ci si può riferire alle indicazioni date dall'INRAN, laddove una corretta alimentazione è descritta come caratterizzata da latte, pane o fette biscottate, qualche biscotto secco e cereali. Si parla di cibi non troppo dolci, e vengono promossi alimenti quali lo yogurt, il miele, la marmellata e la frutta. Questi cibi sono alla base del "modello mediterraneo di prima colazione" e sono quelli che, quindi, sono da considerare come abbinati a un pasto sano.

E gli studenti del "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi"? Quali sono le abitudini alimentari di quelli che hanno dichiarato di fare la prima colazione, sia a casa sia fuori casa?

A tal proposito, abbiamo chiesto agli studenti che cosa mangiano a colazione attraverso una specifica domanda aperta del questionario che lascia spazio a risposte libere. I risultati, in termini di frequenze di alimenti indicati (vedi Tabella 9), mostrano che le abitudini di chi fa la colazione a casa sono soprattutto quelle di scegliere il latte (33%) e i biscotti (20,4%). Questi alimenti sono spesso associati, riferendo della classica colazione con latte e biscotti e con le varianti cereali (7,2%), cornetto (6,6%), fette biscottate e merendina (entrambi al 3,3%) che sostituiscono in alcuni casi i biscotti. Altri studenti hanno indicato caffè (6,6%) e cappuccino (5,5%) al posto del latte, anche se il caffè è, in alcuni casi, associato al latte. Seguendo le indicazioni dell'OMS e dell'INRAN, tra gli altri, sembra che il campione da noi analizzato si attesti su abitudini abbastanza corrette, privilegiando quello "stile mediterraneo

della prima colazione” cui si accennava sopra. Tra gli alimenti poco indicati, vogliamo rilevare lo yogurt, per il fatto che è considerato anch’esso alla base di una sana colazione.

Tabella 9 – Distribuzione percentuale dei cibi consumati abitualmente da chi fa colazione a casa

Alimento	Colazione a casa
Cosa mangi abitualmente a colazione	
Latte	33,2%
Biscotti	20,4%
Cereali	7,2%
Caffè	6,6%
Cornetto	6,6%
Cappuccino	5,5%
Fette biscottate	3,3%
Merendina	3,3%
Spremuta d’arance	2,2%

Per quanto riguarda gli studenti che fanno la prima colazione fuori casa (vedi Tabella 10) non abbiamo riscontrato grosse differenze con le risposte date da coloro che fanno la colazione a casa, in termini di abitudini o stili alimentari. Infatti, anche qui si ripropone lo schema con latte (33%) e biscotti (21,2%), e con le alternative cereali (7,8%), caffè (6,7%), cappuccino (5,6%) e cornetto (5%). L’unica lieve differenza è la presenza, percentualmente più alta, di alimenti quali la merendina (4,5%), la pizza al prosciutto (2,8%) e il ciambellone (2,2%), forse perché tipici prodotti da bar. Un ultimo aspetto interessante è, per entrambe le situazioni “colazione a casa” e “colazione fuori casa”, l’assenza della frutta, che non è stata indicata dagli studenti e sembra non far parte delle abitudini alimentari della prima colazione degli stessi.

Tabella 10 - Distribuzione percentuale dei cibi consumati abitualmente da chi fa colazione fuori casa

Alimento	Colazione fuori casa
Cosa mangi abitualmente a colazione	
Latte	33%
Biscotti	21,2%
Cereali	7,8%
Caffè	6,7%
Cappuccino	5,6%
Cornetto	5%

Merendina	4,5%
Pizza e prosciutto	2,8%
Ciambellone	2,2%

1.2 - Indice di Massa Corporea (IMC), sovrappeso e obesità

Le problematiche del sovrappeso e dell'obesità rappresentano temi che sono al centro di molte iniziative portate avanti negli ultimi anni dall'Unione Europea e dall'OMS Regione Europa. Le proposte di strategie e azioni contenute nei vari documenti ufficiali su alimentazione, sovrappeso e obesità prodotti da queste Istituzioni possono essere accomunati in quanto volte ad invertire il trend di crescita di nuovi casi di sovrappeso ed obesità registrati dalle indagini epidemiologiche degli ultimi trent'anni nella popolazione europea. Il riferimento è a dati effettivamente allarmanti, soprattutto se si considera che nella popolazione infantile europea si stima al 30% la prevalenza dei casi di sovrappeso. Tra le principali cause atte a spiegare tali dati, va rilevato un elemento comportamentale e culturale, ossia un particolare stile di vita sempre più specifico della popolazione europea, caratterizzato da una dieta ricca in grassi e zuccheri e da poca attività fisica svolta.

Per quanto riguarda l'adolescenza e il sovrappeso/obesità, gli studi e le ricerche sono alquanto carenti e decisamente meno sviluppati di quelle relative all'infanzia o all'età adulta. Oltretutto, questi studi mostrano particolari limiti, relativi ai criteri utilizzati per definire lo stato di sovrappeso e obesità e al fatto che spesso si individuano campioni composti sia da bambini sia da adolescenti, con differenti abilità cognitive e comportamentali. Eppure, il sovrappeso e l'obesità in adolescenza comportano particolari rischi per la salute sia a breve sia a lungo termine. Infatti, circa il 60% degli adolescenti sovrappeso ha un fattore di rischio cardiovascolare, come ad esempio l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia e l'iperinsulinemia e più del 25% ne ha due o più (Dietz, 2004). Un aspetto rilevante è che il diabete di tipo 2 rappresenta circa dall'8% al 45% di tutti i nuovi casi di diabete negli adolescenti. Inoltre, il sovrappeso e l'obesità in adolescenza possono portare all'aumentato di problemi psicosociali come la bassa autostima, la depressione, i disturbi dell'alimentazione e il disturbo dell'immagine corporea.

Un altro elemento particolarmente importante è relativo alla persistenza dell'obesità nell'età adulta. Gli studi sull'argomento hanno dimostrato come circa l'80% degli adolescenti sovrappeso diventeranno adulti obesi (Dietz, 2004), portatori del rischio di sviluppare patologie croniche come le malattie cardiovascolari, certi tipi di cancro ecc.

Il sistema per definire lo stato di sovrappeso e obesità, ma anche quelli di sottopeso e normopeso, si basa sul calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) o BMI dall'inglese *Body Mass Index*, come abbiamo meglio specificato nel capitolo secondo. Questo indice rappresenta un parametro che mette in relazione la massa corporea e la statura di un individuo, fornendo una stima più accurata delle dimensioni corporee rispetto al semplice calcolo del peso o dell'altezza. Il calcolo dell'IMC si effettua dividendo il peso espresso in Kg. per il quadrato dell'altezza espressa in metri.

Il calcolo dell'IMC tra gli studenti del “Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi” (vedi Tabella 11) mostra un'elevata presenza della condizione di sovrappeso (2007, 19,5%; 2008, 24,5%; 2009, 17,6%). I livelli di sottopeso e obesità sono invece minoritari, come si evince sempre dalla sottostante tabella.

Tabella 11 – Distribuzione percentuale delle diverse categorie di Indice di Massa Corporea (IMC) per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indice di Massa Corporea (IMC)	Condizione	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
IMC < 18,5	Sottopeso	4,9%	3,1%	5,3%
IMC 18.5 - 24.9	Normopeso	72%	72,4%	71,8%
IMC 25 - 29.9	Sovrappeso	19,5%	24,5%	17,6%
IMC 30 - 34.9	Obesità I grado	3,6%	0%	4,5%
IMC 35 - 39.9	Obesità II grado	0%	0%	0,8%
IMC ≥ 40	Obesità III grado	0%	0%	0%

In Italia, non esiste un vero sistema di sorveglianza su sovrappeso e obesità e i dati epidemiologici sono poco organizzati e abbastanza lacunosi.

Un parametro di riferimento con la popolazione generale può essere rappresentato dai dati forniti dall'ISTAT, basati sul peso e la statura dichiarati dai genitori, ed elaborati utilizzando gli standard internazionali proposti dallo IOTF (*International Obesity Task Force*). Questi dati, relativi agli anni 1999-2000, mostrano come in Italia la quota di adolescenti in sovrappeso è pari a circa il 13%, mentre l'obesità si attesta all'1%. In maniera più specifica, i dati ISTAT dicono che per la fascia di età 14-17 anni il livello di sovrappeso registrato è del 17,3% nei maschi e del 10,5% nelle femmine (Brescianini, Gargiulo, Gianicolo, 2002). Il confronto, quindi, evidenzia una più alta percentuale di adolescenti in stato di sovrappeso e obesità tra gli studenti campione del nostro intervento rispetto alla popolazione generale.

Un altro dato sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in Europa e in Italia lo fornisce lo IOFT (vedi Grafico 5 per la popolazione maschile e Grafico 6 per la popolazione femminile).

Si tratta di dati relativi alla fascia di età 14-17 anni, che è quella di nostro interesse considerato il target della nostra ricerca-intervento. Per quanto riguarda gli adolescenti italiani di sesso maschile, i dati dello IOFT, relativi al periodo 1993-2001, mostrano il 22% di casi di sovrappeso e il 4,5% di casi di obesità. Nella popolazione femminile i casi di sovrappeso corrispondono al 18%, mentre quelli di obesità rappresentano il 3% della popolazione totale.

Grafico 5 – Distribuzione percentuale di sovrappeso e obesità negli adolescenti di sesso maschile in Europa (IOFT)

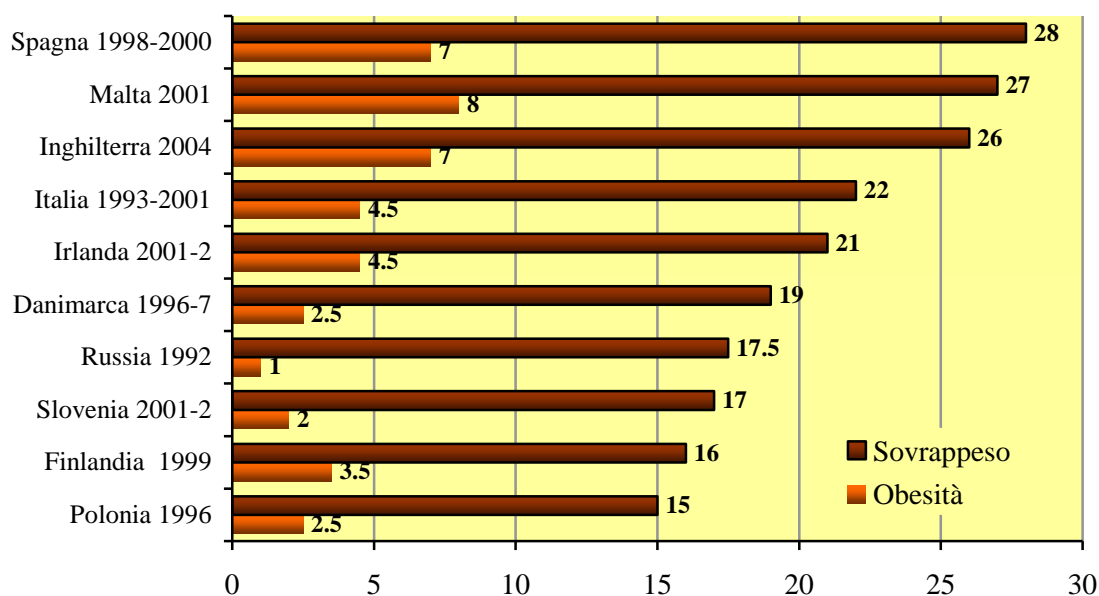
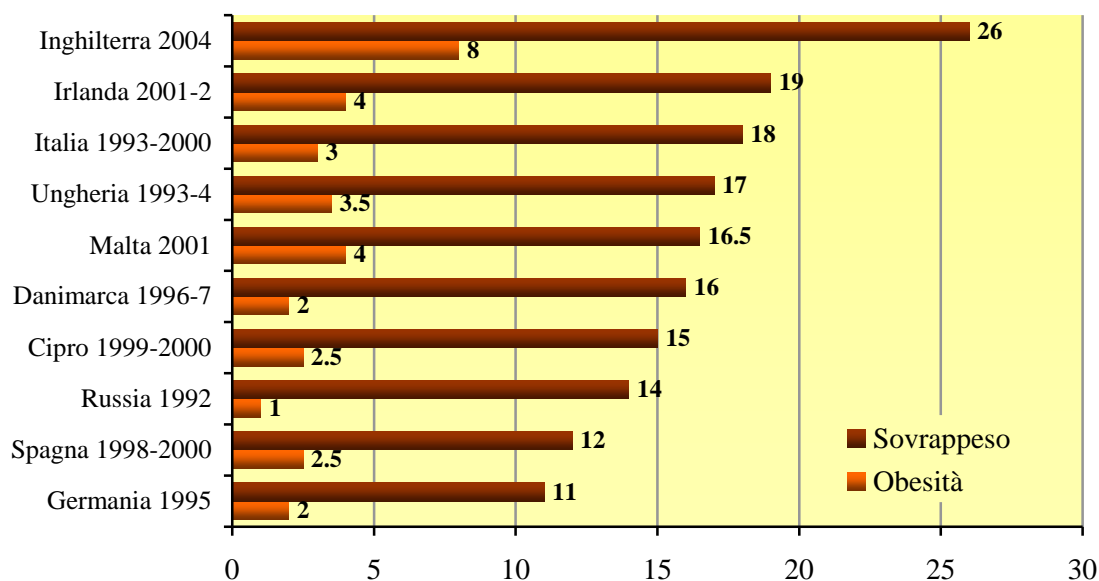


Grafico 6 - Distribuzione percentuale di sovrappeso e obesità negli adolescenti di sesso femminile in Europa (IOFT)



Questi ultimi dati sono più simili a quelli che abbiamo raccolto tra gli studenti della nostra scuola. I dati IOFT sono comunque diversificati per sesso. Vediamo quindi, di seguito, i valori percentuali di IMC rilevati all'interno del nostro campione suddivisi per sesso in modo da poter sviluppare commenti più specifici.

La percentuale di popolazione maschile in sovrappeso è simile al dato del 22% che abbiamo visto prima proposto dallo IOFT è relativo agli anni 1993-2001, attestandosi al 22,2% per l'anno 2007, al 26,8% per l'anno 2008 e al 18,2% per l'anno 2009 (vedi Tabella 12). La percentuale di obesità, considerata dai dati di riferimento al 4,5%, è dell'1,9% nel 2007, assente nel 2008 e del 6,5% nel 2009 (considerata quale somma di obesità di primo grado e obesità di secondo grado).

Tabella 12 - Distribuzione percentuale delle diverse categorie di Indice di Massa Corporea (IMC) nella popolazione maschile per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indice di Massa Corporea (IMC)	Condizione	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
IMC < 18,5	Sottopeso	3,7%	3,6%	5,2%
IMC 18.5 - 24.9	Normopeso	72,2%	69,6%	70,1%
IMC 25 - 29.9	Sovrappeso	22,2%	26,8%	18,2%
IMC 30 - 34.9	Obesità I grado	1,9%	0%	5,2%
IMC 35 - 39.9	Obesità II grado	0%	0%	1,3%
IMC ≥ 40	Obesità III grado	0%	0%	0%

Anche i dati sulla popolazione femminile (vedi Tabella 13) evidenziano livelli di sovrappeso e obesità in linea con i dati di riferimento esposti sopra. In effetti, se prendiamo come livelli “normali”, che sono comunque eccessivi, i dati IOFT che danno il sovrappeso al 18% e l'obesità al 3%, notiamo come la media per i tre anni dei nostri dati si avvicina molto a quel livello. Si tratta comunque di dati interessanti, o preoccupanti, che evidenziano ancora una volta la necessità di affinare le tecniche e gli strumenti di intervento sugli stili alimentari o corretta alimentazione tra gli studenti del “Luigi Savoia Duca degli Abruzzi”.

Tabella 13 - Distribuzione percentuale delle diverse categorie di Indice di Massa Corporea (IMC) nella popolazione femminile per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indice di Massa Corporea (IMC)	Condizione	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
IMC < 18,5	Sottopeso 54	3,6%	2,4%	14,8%
IMC 18.5 - 24.9	Normopeso	75%	76,2%	64,8%
IMC 25 - 29.9	Sovrappeso	14,3%	21,4%	16,7%

IMC 30 - 34.9	Obesità I grado	7,1%	0%	3,7%
IMC 35 - 39.9	Obesità II grado	0%	0%	0%
IMC \geq 40	Obesità III grado	0%	0%	0%

In generale, i nostri dati presentano una certa variabilità legata alla bassa numerosità del campione, ma ci danno comunque interessanti spunti di riflessione per dire soprattutto due cose.

La prima che, come visto in precedenza, i dati sul livello di sovrappeso e obesità rilevati nella scuola, sia per la popolazione maschile sia per quella femminile, sono in linea con i trend nazionali sulla prevalenza di queste condizioni nella popolazione adolescente (14-17 anni).

La seconda, e forse ben più importante, è che nella scuola si registra comunque un elevato numero di studenti in sovrappeso. Non è facile trovare una spiegazione univoca a questo dato percentuale così elevato. Quello che si può dire con certezza è che dai dati che abbiamo raccolto e analizzato si può riscontrare la stretta relazione tra stili di vita alimentari, attività fisica e sovrappeso. Infatti, da una parte i dati tratti dal questionario su alimentazione/attività fisica, che sono descritti nei paragrafi successivi e, dall'altra, le discussioni e le analisi dei *focus group* dimostrano come tra gli studenti manchi una vera "cultura" della salute legata al cibo. Innanzitutto, abbiamo rilevato una scarsa informazione tra gli studenti sulla qualità dei cibi e sulle loro caratteristiche. Inoltre, c'è una certa "anarchia alimentare" centrata sulla scelta di cibi ad alto contenuto calorico, facilmente reperibili e poco nutrienti. Infine, si rileva una sorta di "rito" pomeridiano che porta gli studenti a incontrarsi presso i *fast food*, dove fanno merenda simbolizzando il pasto quale momento di aggregazione e di condivisione del tempo libero. Quest'ultimo aspetto, rilevato soprattutto nei gruppi, ci sembra eloquente e caratteristico dello stile di vita sbagliato in termini di salute. Su questi punti si è centrato il nostro intervento, pur nella consapevolezza che il cambiamento di stili e comportamenti non avviene in pochi anni ed è difficile da valutare, viste le tante variabili in gioco.

1.3 - Consumo di frutta e verdura

Rispetto alla questione del consumo di frutta e verdura, i dati raccolti ne indicano l'ancora troppo basso consumo tra gli studenti del "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi". In generale, quello dello scarso consumo di frutta e verdura tra la popolazione adolescente è un dato abbastanza diffuso e conosciuto, ma l'importanza di questi alimenti, ad esempio nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e del cancro, è sottolineata a più livelli ed è anche alla base di diverse politiche dell'OMS volte a promuoverne un maggiore consumo, come

abbiamo avuto modo di vedere nel capitolo secondo. Durante i *focus group*, e quindi durante la fase di intervento, abbiamo notato come la “cultura” dell’assunzione giornaliera di frutta e verdura non riesce ad attecchire più di tanto tra gli studenti della scuola, nonostante questi appaiano consapevoli degli effetti positivi di questi alimenti per la salute. Un aspetto, questo, confermato anche dai dati raccolti attraverso il questionario. Infatti, sia nel 2007 sia nel 2008, circa due studenti su tre hanno affermato che questi alimenti sono alla base di un pasto sano (vedi Tabella 14), indicando frutta (2007, 72%; 2008, 72%) e verdura (2007, 72%; 2008, 76%) come risposta ad una domanda a scelta multipla che chiedeva di combinare gli alimenti alla base di un pasto sano.

Tabella 14 – Distribuzione della percentuale di frutta e verdura considerata alla base di un pasto sano per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Quali alimenti combineresti in un pasto sano?		
Frutta	72%	72%
Verdura	72%	76%

Nelle altre domande, volte a indagare le abitudini alimentari degli studenti durante il pranzo e la cena, frutta e verdura sono stati inseriti quali variabili di risposta non ottenendo grande consenso.

Nella prima di queste (vedi Tabella 15), dove si chiedeva agli studenti delle loro abitudini alimentari a pranzo, la verdura è stata indicata da poco più di uno studente su due nel 2007 (21,7%) e dal 40,3% del campione nel 2008, mentre la frutta è stata scelta da circa uno studente su due per entrambi gli anni (2007, 47%; 2008, 56,7%).

Tabella 15 - Distribuzione della percentuale di frutta e verdura consumata abitualmente per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Cosa mangi abitualmente a pranzo?		
Frutta	47 %	56,8%
Verdura	21,7%	40,4%

In un'altra domanda, invece, abbiamo chiesto agli studenti circa i cibi preferiti a pranzo. I risultati (vedi Tabella 16) mostrano come la verdura (2007, 35%; 2008, 20%) e la frutta (2007, 58%; 2008, 36,5%) non rientrano nei gusti principali degli studenti, anche se quest'ultima sembra essere leggermente più gradita. Vi è, quindi, una sorta di relazione

inversamente proporzionale tra consapevolezza dell'importanza di assumere frutta e verdura e consumo regolare degli stessi alimenti.

Tabella 16 - Distribuzione della percentuale di frutta e verdura che gli studenti consumerebbero volentieri a pranzo per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Cosa ti piacerebbe mangiare a pranzo?		
Frutta	72%	72%
Verdura	34,9%	20,2%

Con la successiva domanda del questionario abbiamo chiesto agli studenti circa gli alimenti che non sceglierebbero mai a pranzo. Qui le possibilità di risposta erano al massimo tre, il che rende i risultati ottenuti maggiormente "pesanti", ossia da leggere diversamente da quelli ottenuti attraverso le domande precedenti, dove non c'era nessun limite nella scelta delle opzioni.

La frutta è stata indicata da quasi uno studente su due nel 2007 (49%) e dal 18% di essi nel 2008, mentre la verdura è indicata dal 35% del campione sia nel 2007 sia nel 2008 (vedi Tabella 17). A parte, quindi, il dato del 18% relativo all'opzione frutta e all'anno 2008, sembra evidente come i due alimenti non siano tra i preferiti dagli studenti, laddove le percentuali con cui sono stati scelti risultano alte, soprattutto se rapportate al fatto che si chiedeva di scegliere 3 opzioni di alimenti su 10.

L'ipotesi che possiamo avanzare è che se da una parte appare chiaro che gli studenti dimostrano di non apprezzare particolarmente la frutta e la verdura, dall'altra ne riconoscono comunque l'importanza generale per la propria salute.

Tabella 17 - Distribuzione della percentuale di frutta e verdura che gli studenti non sceglierebbero mai a pranzo per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Identifica fino a tre piatti/tipi di alimenti che non sceglieresti mai a pranzo		
Frutta	49,4%	18%
Verdura	35%	35%

Infine, l'analisi delle risposte alla domanda su cosa gli studenti mangiano abitualmente durante la cena (vedi Tabella 18), ci porta a individuare un maggiore consumo di frutta (2007, 70%; 2008, 49%) e verdura (2007, 51%; 2008, 49%). Considerando che molti studenti hanno entrambi i genitori lavoratori, sembra che la cena, così come ci è stato confermato da

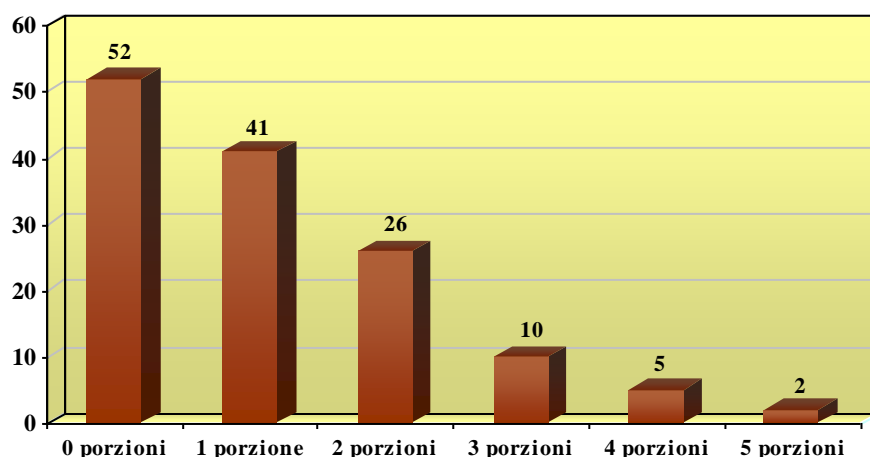
molti di loro, sia il momento della giornata in cui la famiglia si riunisce a tavola. Una tale situazione sembra rappresentare un elemento fondamentale che si lega alla possibilità che il cotesto familiare sviluppi funzioni educative generali e di educazione alimentare in particolare.

Tabella 18 - Distribuzione della percentuale di frutta e verdura consumata abitualmente a cena per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Cosa mangi abitualmente a cena?		
Frutta	69,9%	49%
Verdura	51%	49%

L'indagine sulle abitudini alimentari in tema di consumo di frutta e verdura ha prodotto dati abbastanza interessanti nei primi due anni della ricerca-intervento. Risultati che, come abbiamo visto, sono sia stimolanti sia contraddittori in certi specifici aspetti. Su queste basi, nell'ultimo anno di intervento, ossia il 2009, abbiamo cambiato una parte del questionario ponendoci l'obiettivo di indagare in maniera più specifica il consumo di frutta e verdura tra gli studenti del "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi". I risultati confermano lo scarso consumo di questi alimenti, laddove il 37,3% del campione, che equivale a dire la maggior parte, afferma di non consumare nessuna porzione quotidiana di frutta e verdura (vedi Grafico 7). Quindi, sembra che se si parla in generale di frutta e verdura, gli studenti affermano sicuri di consumarli, ma quando ci si riferisce alla quotidianità, allora appare chiaro come questi alimenti non sono granché scelti. Così, se la maggior parte del campione afferma di non consumare frutta e verdura, il 29,4% afferma di sceglierla una sola volta a 1 giorno, mentre quelli che ne consumano quattro porzioni giornaliere sono il 6% e quelle che ne consumano cinque solo il 2%.

Grafico 7 – Distribuzione percentuale delle porzioni di frutta e verdura consumate quotidianamente per l'anno 2009



1.4 - Le abitudini alimentari del pranzo e della cena

Il quadro generale delle abitudini alimentari degli studenti del “Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi”, così come emerge dai dati raccolti, si mostra abbastanza “coerente” con le aspettative e quindi “regolare” in termini di rapporto con la popolazione generale, pur proponendo alcuni interessanti spunti di riflessione. In effetti, questa sezione di raccolta dati si proponeva l’obiettivo di indagare le abitudini alimentari degli studenti, allo scopo di elaborare un quadro della situazione quanto più chiaro possibile in termini di stili di vita adottati. La maggior parte degli studenti (vedi Tabella 19) dichiara di fare a casa il pranzo (2007, 92,4%; 2008, 89,4%; 2009, 89%) e la cena (2007, 92,2%; 2008, 95,2%; 2009, 98,5%). La merenda pomeridiana, invece, vede il campione dividersi in due parti, laddove quasi un ragazzo su due dichiara di mangiare qualcosa fuori casa (2007, 34,4%; 2008, 41,1%; 2009, 45,9%).

Tabella 19 – Distribuzione percentuale del consumo abituale dei principali pasti per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Dove consumi abitualmente i pasti?			
Pranzo a casa	92,4%	89,4%	89%
Pranzo fuori casa	7,6%	10,6%	11%
Merenda a casa	55,6%	58,9%	54,1%
Merenda fuori casa	34,4%	41,1%	45,9%
Cena a casa	92,2%	95,2%	98,5%
Cena fuori casa	7,8%	4,8%	1,5%

Rispetto alla percezione degli studenti circa i cibi considerati alla base di un pasto sano, i dati raccolti mostrano alcune carenze di tipo informativo sulla qualità degli stessi.

Gli alimenti che sono percepiti come maggiormente salutari sono la pasta/riso, indicata dal 64% del campione nel 2007 e dal 60% nel 2008, l'insieme Carne/Pesce/Uova/Formaggi, scelto dal 60,2% per entrambi gli anni e il pane, 53% nel 2007 e 26,7% nel 2008 (vedi Tabella 20). Al contrario, i cibi considerati meno sani sono il minestrone per l'anno 2007 (16,9%) e il panino per l'anno 2008 (3,1%).

Interessante, ad esempio, che gli studenti identificano gli affettati come cibi maggiormente sani rispetto al minestrone o ai legumi. Inoltre, alcune scelte sull'identificazione degli alimenti alla base di un pasto sano risentono probabilmente di elementi culturalmente centrati, visto che gli studenti considerano come generalmente sani cibi quali la pasta, la carne o le uova, esprimendo soprattutto aspetti legati al piacere e all'abitudine.

Tabella 20 – Distribuzione percentuale degli alimenti considerati alla base di un pasto sano per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Quali alimenti combineresti in un pasto sano?		
Pasta/Riso	64%	60%
Minestrone	16,9%	24,3%
Pasta e Legumi	20,5%	17,8%
Carne/Pesce/Uova/Formaggi	60,2%	60,2%
Salumi/Affettati	39,8%	6,2%
Pane	53%	26,7%
Panino	20,5%	3,1%
Patate	20,5%	17,8%
Dolci	19,3%	6,2%

Per quanto concerne i cibi maggiormente consumati a pranzo, i risultati (vedi Tabella 21) evidenziano come l'opzione pasta/riso sia anche qui quella più scelta dagli studenti (83% nel 2007; 83,6% nel 2008). La pasta, quindi, oltre a essere considerato un alimento sano rappresenta anche un'abitudine quotidiana ed è quasi sempre presente nel pranzo del campione di studenti esaminato. Altri piatti indicati quali cibi consumati a pranzo sono all'interno dell'insieme carne/pesce/uova/formaggi (60,2% nel 2007 e 56,7% nel 2008), con l'alternativa salumi/affettati che rappresenta la terza opzione maggiormente scelta (31,3% nel 2007 e 42,3% nel 2008).

Tabella 21 – Distribuzione percentuale degli alimenti consumati abitualmente a pranzo per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Cosa mangi abitualmente a pranzo?		
Pasta/Riso	83%	83,6%
Minestrone	16,9%	10,6%
Pasta e legumi	20,5%	17,3%
Carne/pesce/uova/formaggi	60,2%	56,7%
Salumi/Affettati	31,3%	42,3%
Pane	26,5%	46,1%
Panino	10,8%	21,1%
Patate	7,2%	19,2%
Dolci	4,8%	20,2%

In seguito abbiamo chiesto agli studenti di indicare i cibi che preferirebbero mangiare a pranzo, fornendo lo stesso insieme di opzioni proposto per le domande precedenti.

I dati (vedi Tabella 22) confermano come l'insieme pasta/riso (2007, 83%; 2008, 63,5%) rappresenta gli alimenti largamente preferiti, oltre che quotidianamente consumati e considerati sani. Lo stesso discorso vale per i cibi dell'opzione carne/Pesce/Uova/Formaggi (60% nel 2007 e 54,3% nel 2008) e per i salumi/affettati (44,6% nel 2007 e 38,5% nel 2008). Inoltre, c'è una forte associazione tra cibi poco consumati e poco preferiti, come dimostrano le basse percentuali di scelta registrate per gli alimenti minestrone (2007, 8,4%; 2008, 5,8%) e pasta e legumi (9,6% nel 2007 e 10,1% nel 2008).

Tabella 22 - Distribuzione percentuale degli alimenti preferiti a pranzo per gli anni 2007, 2008

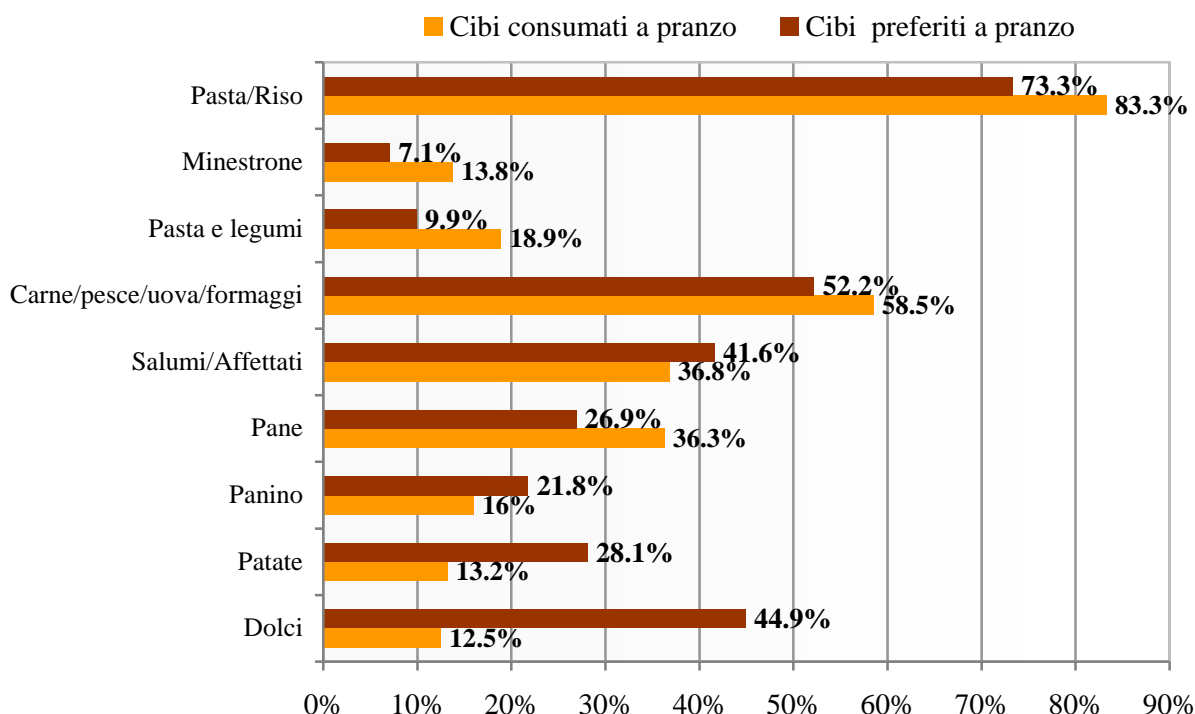
Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Cosa ti piacerebbe mangiare a pranzo?		
Pasta/Riso	83%	63,5%
Minestrone	8,4%	5,8%
Pasta e Legumi	9,6%	10,1%
Carne/Pesce/Uova/Formaggi	60%	54,3%
Salumi/Affettati	44,6%	38,5%
Pane	33,7%	20%
Panino	25,3%	18,3%
Patate	28,9%	27,3%
Dolci	44,6%	45,2%

Questo rapporto tra cibi preferiti e cibi maggiormente consumati a pranzo dagli studenti è meglio espresso nel grafico successivo (Grafico 8).

Il grafico, oltre a rendere maggiormente “visibile” il fatto che gli insiemi pasta/riso e carne/pesce/uova/formaggi presentano dati simili, e alti, in termini di preferenza e consumo regolare, mostrano, per converso, la bassa percentuale di scelta ottenuta da cibi quali il minestrone e i legumi, sia in termini di preferenza che di consumo regolare.

Inoltre, si può anche osservare come l’opzione di scelta “dolci” sia stata indicata quale cibo raramente presente nel regolare pranzo degli studenti, e quindi poco consumato, ma anche quale alimento particolarmente preferito per lo stesso pasto.

Grafico 8 – Distribuzione del rapporto tra gli alimenti consumati e quelli preferiti a pranzo, valore medio degli anni 2007 e 2008



I dati sul rapporto tra le abitudini alimentari del pranzo e gli alimenti preferiti per lo stesso pasto trovano conferma nelle risposte date alla domanda sui tre piatti che gli studenti non sceglierebbero mai a pranzo (vedi Tabella 23).

Coerentemente con quanto osservato e descritto in precedenza, le percentuali di scelta più basse, e per entrambi gli anni, riguardano gli alimenti pasta/riso (6% nel 2007; 4% nel 2008); carne/pesce/uova/formaggi (2007, 9,6%; 2008, 10,9%); pane (8,4% e 10,1%) e salumi/affettati (12% e 10,9%). Di contro, e sempre coerentemente con quanto rilevato in precedenza, il minestrone (66% nel 2007 e 63,5% nel 2008) e i legumi (51% nel 2007 e

39,6% nel 2008) sono stati indicati quali alimenti maggiormente evitati a pranzo dagli studenti.

Il rapporto, quindi, tra cibi “preferiti” e cibi “evitati” a pranzo mostra un quadro abbastanza logico e coerente delle abitudini alimentari degli studenti. L’identificazione di questo “quadro” sulle abitudini alimentari degli studenti è per noi fondamentale in termini di ricerca-intervento. Infatti, esso costituisce la base per il monitoraggio delle abitudini e per la riformulazione dell’intervento negli anni successivi, in maniera da renderlo più mirato e meglio rispondente ai bisogni di salute degli studenti.

Tabella 23 - Distribuzione percentuale degli alimenti che gli studenti non sceglierebbero mai a pranzo per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Identifica fino a tre piatti/tipi di alimenti che non sceglieresti mai a pranzo		
Pasta/Riso	6%	4%
Minestrone	66%	63,5%
Pasta e Legumi	51%	39,6%
Carne/Pesce/Uova/Formaggi	9,6%	10,9%
Salumi/Affettati	12%	10,9%
Pane	8,4%	10,1%
Panino	22,9%	19%
Patate	21,7%	17,3%
Dolci	21,7%	23,3%

L’ultimo item del questionario sulle abitudini alimentari concerne i cibi o piatti maggiormente consumati durante la cena.

I dati raccolti dimostrano come la stragrande maggioranza degli studenti (vedi Tabella 24) sceglie cibi del gruppo carne/pesce/uova/formaggi (84% nel 2007 e 78,8% nel 2008), magari accompagnati dal pane (2007, 52%; 2008, 43,5%). Gli alimenti pasta/riso sono stati scelti da circa il 39% degli studenti per entrambi gli anni, caratterizzandosi quindi come alimenti maggiormente tipici del pranzo piuttosto che della cena. Tra gli altri alimenti, i salumi/affettati (36,1% nel 2007 e 39,3% nel 2008) e le patate (33,7% nel 2007 e 24,3% nel 2008) sembrano rappresentare importanti alternative all’insieme carne/pesce/uova/formaggi.

Tabella 24 - Distribuzione percentuale degli alimenti consumati abitualmente a cena per gli anni 2007, 2008 e 2009

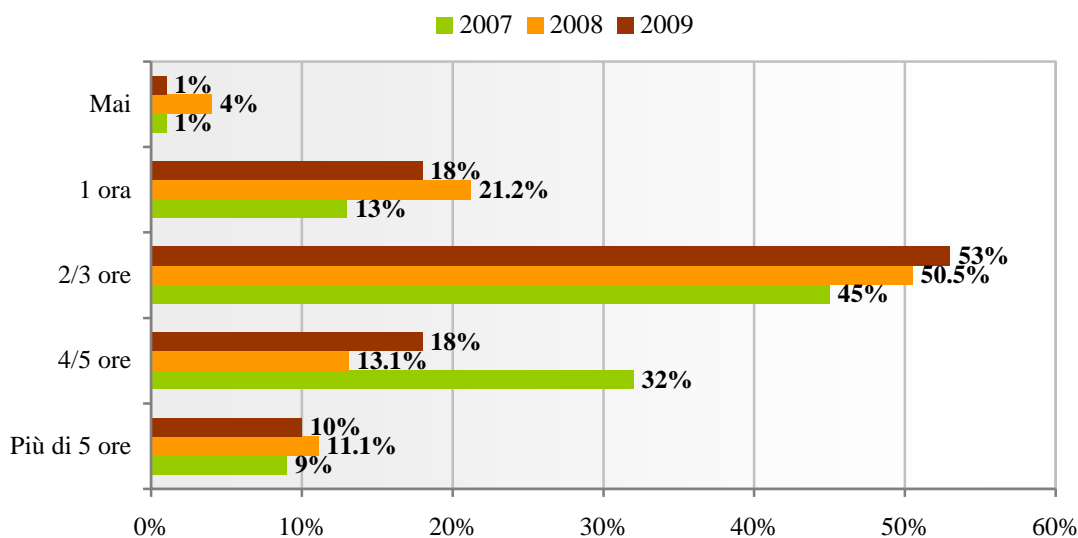
Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Cosa mangi abitualmente a cena?		
Pasta/Riso	39,8%	39%
Minestrone	18,1%	17,3%
Pasta e Legumi	13,2%	14,1%
Carne/Pesce/Uova/Formaggi	84%	78,8%
Salumi/Affettati	36,1%	39,3%
Pane	52%	43,5%
Panino	10,9%	12,5%
Patate	33,7%	24,3%
Dolci	23,3%	22,8%

2 - L'analisi descrittiva: i dati dell'indagine sull'attività fisica

La questione dello scarso svolgimento di attività fisica, o sedentarietà, si pone quale aspetto critico tra gli studenti del “Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi”. In effetti, lo svolgimento di attività fisica o sportiva appare limitata sia scuola sia negli altri ambienti di vita dello studente. Anche la consapevolezza dell'importanza del movimento per la salute non sembra molto sviluppata, con gli studenti che appaiono piuttosto concentrati sul “qui e ora”, ossia sull'importanza dell'attività fisica per l'immagine corporea ignorando il valore preventivo e di mantenimento di uno stato di salute ottimale derivante dalla pratica regolare di attività fisica.

I dati raccolti mostrano come questi trascorrono molto tempo davanti a uno schermo, e quindi in uno stato di sedentarietà (vedi Grafico 9). La maggior parte degli studenti dichiara di passare dalle 2 alle 3 ore seduto di fronte alla televisione o al computer, mentre una buona parte ammette di passarci anche fino a 5 ore. Questo rappresenta il dato più “preoccupante”, che si attesta su una media del 10% circa considerando i tre anni di intervento (2007, 9%; 2008, 11,1%; 2009, 10%). La percentuale di chi dichiara di non trascorrere nemmeno un minuto davanti a uno schermo è risibile, mentre la somma dei valori percentuali delle classi “4/5 ore” e “più di 5 ore” è abbastanza alta (41% nel 2007; 24,2% nel 2008, 28% nel 2009).

Grafico 9 – Distribuzione percentuale del tempo trascorso davanti ad uno schermo (televisione, computer, play station ecc.) per gli anni 2007, 2008, 2009



Gli studenti che raggiungono la scuola a piedi (vedi grafico 10) e che praticano uno sport (vedi grafico 11) dopo la scuola sono circa la metà, considerando la media delle risposte “si” al questionario per gli anni 2007 e 2008.

Grafico 10 – Distribuzione percentuale degli studenti che raggiungono la scuola a piedi per gli anni 2007

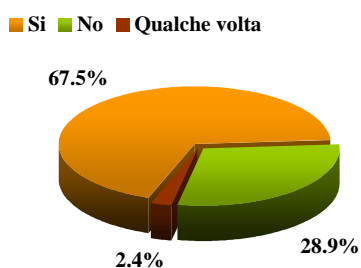
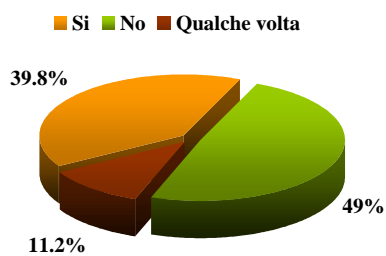


Grafico 11 - Distribuzione percentuale degli studenti che raggiungono la scuola a piedi per gli anni 2008



Agli studenti che hanno dichiarato di fare attività sportiva è stato chiesto di indicare la tipologia di sport praticato attraverso una domanda aperta del questionario.

I risultati raccolti (vedi Tabella 25) dimostrano che lo sport maggiormente praticato è il calcio (12% nel 2007 e 28,9% nel 2008), indicato quasi esclusivamente dagli studenti di sesso maschile, seguito dal nuoto (2007, 8,6%; 2008, 11,5%), dalla ginnastica o *fitness* (8% nel 2007 e 15,4% nel 2008) e dal *body building* o palestra (7,3% nel 2007 e 5,8% nel 2008). Altri sport indicati, in maniera minoritaria, sono il pugilato, la pallavolo e il basket.

Tabella 25 – Distribuzione percentuale della tipologia di sport praticato per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Se si cosa?		
Calcio	12%	28,9%
Danza	3,6%	1,9%
Ginnastica	8%	15,4%
Nuoto	8,6%	11,5%
Body Building	7,3%	5,8%
Pugilato	6%	2,9%
Pallavolo	4,8%	1,9%
Basket	3,6%	1,9%

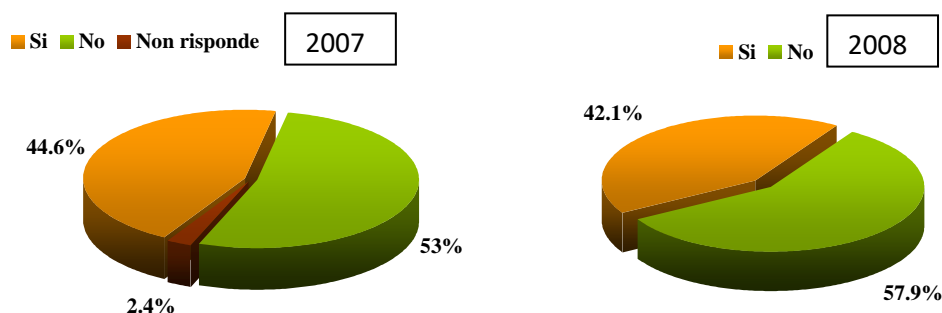
Rispetto alla frequenza con cui viene praticato lo sport, la maggioranza degli studenti che ha dichiarato di farne uno, afferma di impegnarsi da 2 a 3 volte a settimana (vedi Tabella 26).

Tabella 26 – Distribuzione percentuale della frequenza settimanale di sport praticato per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Quante volte a settimana?		
1 Volta	11%	13%
2/3 Volte	74%	81,5%
Tutti i giorni	15%	5,6%

Poco più di uno studente su due (vedi Grafico 12) ha affermato di non fare giochi all'aria aperta o altre forme di attività fisica (53% nel 2007 e 57,9% nel 2008).

Grafico 12 – Distribuzione percentuale degli studenti che fanno giochi all’aria aperta per gli anni 2007 e 2008



Infine, la maggior parte di coloro che hanno dichiarato di fare giochi all’aria aperta affermano di dedicare a queste attività soprattutto da 1 a 3 settimanali (vedi Tabella 27).

Tabella 27 – Distribuzione percentuale della frequenza settimanale di giochi all’aria aperta per gli anni 2007 e 2008

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008
Quante ore a settimana?		
1 Ora	21,7%	31,8%
2/3 Ore	22,9%	38,7%
4/5 Ore	8,43%	18,2%
Più di 5 Ore	7,3%	11,4%

3 - L’analisi statistica: il rapporto tra prima colazione e sovrappeso

I dati sugli stili alimentari che abbiamo descritto fin qui presentano alcuni aspetti particolarmente rilevanti. Tra questi, l’alto tasso di sovrappeso registrato che, come visto e descritto in precedenza, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche, soprattutto nel caso in cui si trasformi in obesità vera e propria nell’età adulta. Inoltre, abbiamo avuto modo di osservare come sia presente l’abitudine a saltare la prima colazione in una parte degli studenti della nostra scuola e descritto come questi rappresenta uno stile di vita non corretto in termini di salute alquanto rilevante.

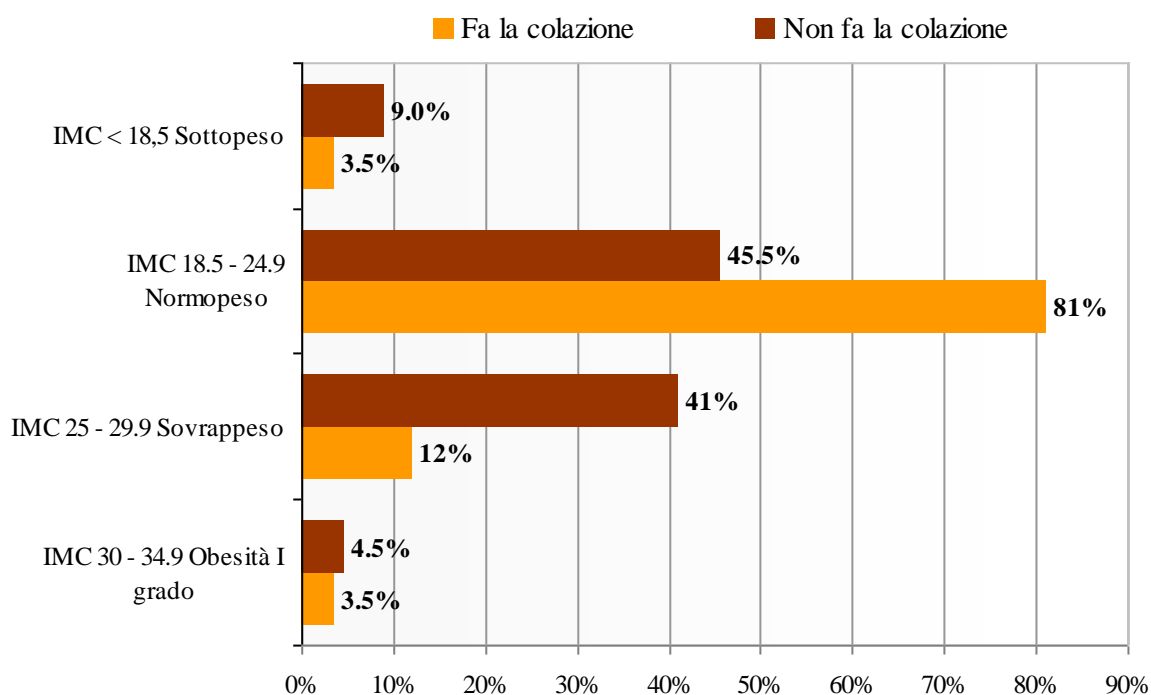
A tal proposito, ci siamo posti l’obiettivo di ricercare un’eventuale correlazione tra l’abitudine a saltare la prima colazione e lo stato di sovrappeso. Tale relazione è stata indagata per tutti e tre gli anni dell’intervento e proposta di seguito.

L'analisi dei dati del 2007 porta a risultati che dimostrano l'esistenza di una relazione statisticamente significativa (Chi Quadro 10.53 $p < 0.015$) tra l'abitudine a saltare la prima colazione e la condizione di sovrappeso (vedi Tabella 28 e Grafico 12).

Tabella 28 – Distribuzione percentuale del rapporto tra colazione e sovrappeso per l'anno 2007

IMC e Condizione	Fa la colazione	Non fa la colazione
IMC < 18,5 Sottopeso	3,5%	9%
IMC 18.5 - 24.9 Normopeso	81%	45,5%
IMC 25 - 29.9 Sovrappeso	12%	41%
IMC 30 - 34.9 Obesità I grado	3,5%	4,5%
IMC 35 - 39.9 Obesità II grado	0%	0%
IMC \geq 40 Obesità III grado	0%	0%

Grafico 13 - Distribuzione percentuale del rapporto tra colazione e sovrappeso per l'anno 2007



Come si evince chiaramente dal grafico qui sopra, per l'anno 2007 la percentuale più alta di casi di sovrappeso registrati rientra nella popolazione di studenti che saltano la prima colazione (41% del totale contro 12% del totale). Di contro, la stragrande maggioranza dei casi di normopeso (81% del totale) si individua tra coloro che fanno regolarmente la prima colazione, sia a casa che fuori casa.

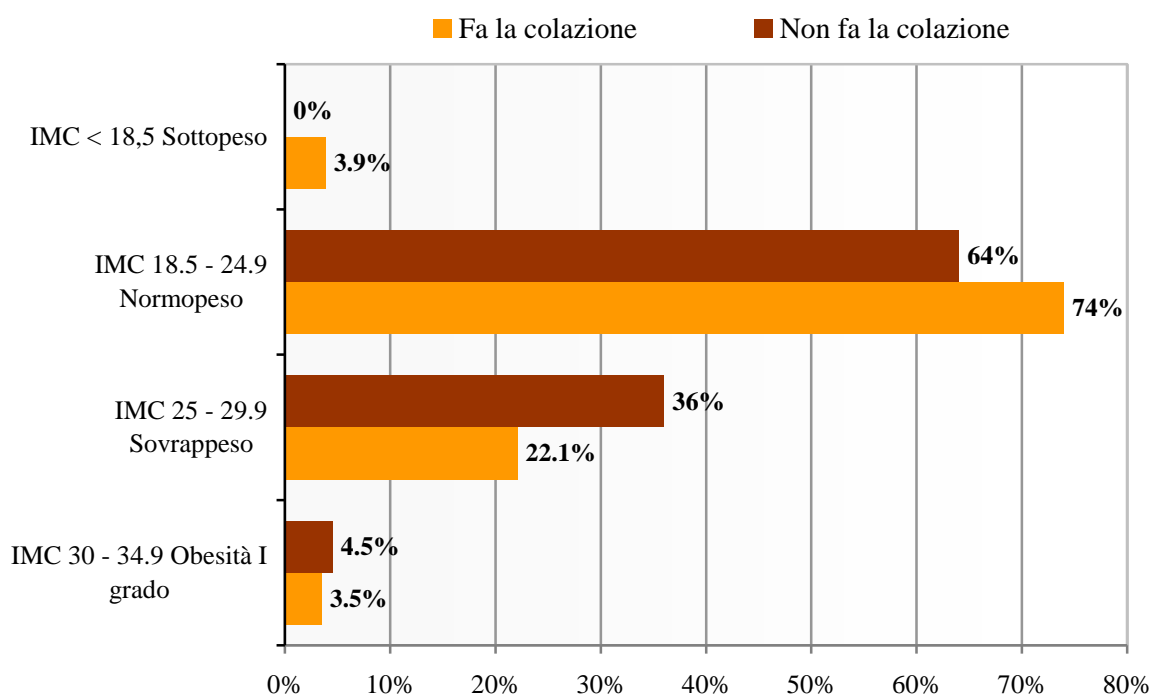
Rispetto all'anno 2008, la correlazione non è assistita da significatività statistica, anche se è possibile individuare una differenza interna alla percentuale dei casi di sovrappeso tra chi

consuma la prima colazione, sia a casa sia fuori casa, e chi invece non la consuma (vedi Tabella 29 e Grafico 13).

Tabella 29 - Distribuzione percentuale del rapporto tra colazione e sovrappeso per l'anno 2008

IMC e Condizione	Fa la colazione	Non fa la colazione
IMC < 18,5 Sottopeso	3,9%	0%
IMC 18.5 - 24.9 Normopeso	74%	64%
IMC 25 - 29.9 Sovrappeso	22,1%	36%
IMC 30 - 34.9 Obesità I grado	0%	0%
IMC 35 - 39.9 Obesità II grado	0%	0%
IMC ≥ 40 Obesità III grado	0%	0%

Grafico 14 - Distribuzione percentuale del rapporto tra colazione e sovrappeso per l'anno 2008



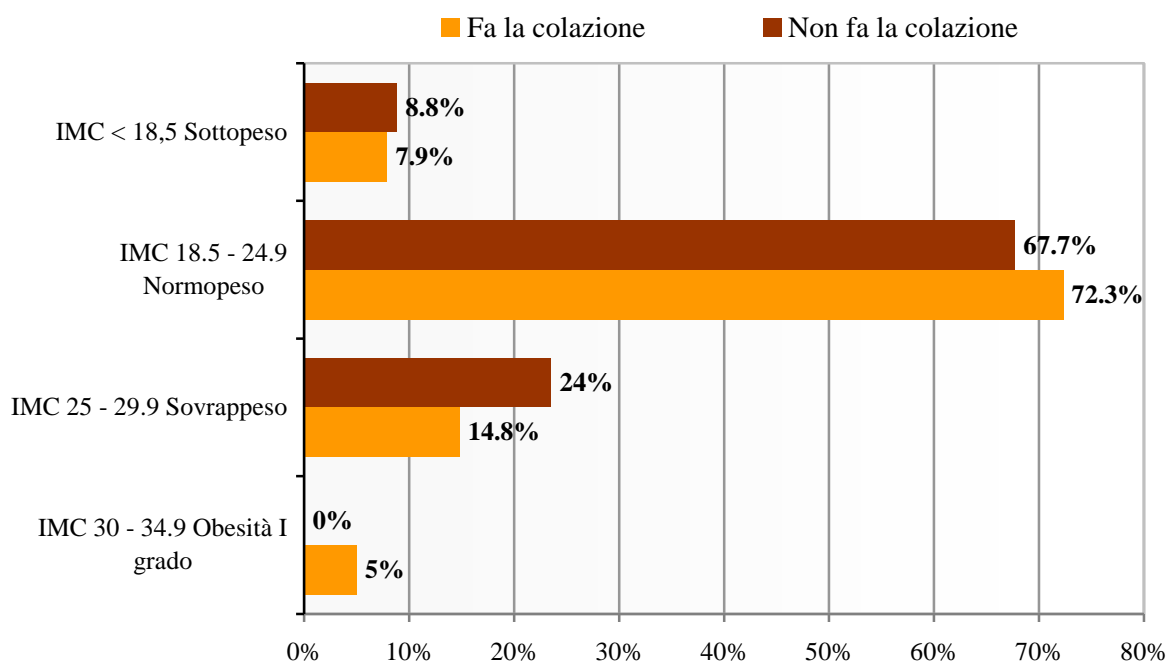
In effetti, qui la differenza è meno accentuata, anche se comunque presente. Gli studenti che fanno regolarmente colazione sono maggiormente in una condizione di normopeso (74% contro il 64% del totale). Tra i casi di sovrappeso, la maggioranza (36% del totale) rientra tra coloro che non fanno la colazione, anche se i casi di sovrappeso registrati tra chi fa la colazione sia a casa che fuori casa è comunque alta (22,1% del totale) ed evidentemente dipendente da altri fattori e stili di vita.

Infine, anche per l'anno 2009, come per il 2008, la relazione tra il fatto di saltare la prima colazione e la condizione di sovrappeso è osservabile ma non estremamente significativa (vedi Tabella 30 e Grafico 14).

Tabella 30 - Distribuzione percentuale del rapporto tra colazione e sovrappeso per l'anno 2009

IMC e Condizione	Fa la colazione	Non fa la colazione
IMC < 18,5 Sottopeso	7,9%	8,8%
IMC 18.5 - 24.9 Normopeso	72,3%	67,7%
IMC 25 - 29.9 Sovrappeso	14,8%	23,5%
IMC 30 - 34.9 Obesità I grado	5%	0%
IMC 35 - 39.9 Obesità II grado	0%	0%
IMC ≥ 40 Obesità III grado	0%	0%

Grafico 15 - Distribuzione percentuale del rapporto tra colazione e sovrappeso per l'anno 2009



Quindi, il 24% totale di chi non fa la colazione è in uno stato di sovrappeso, mentre coloro che fanno la colazione è stanno nello stesso stato sono il 14,8%. I casi di IMC normopeso, invece, mostrano una percentuale leggermente più alta di studenti che dichiarano di fare la colazione rispetto a quelli che dicono di saltarla.

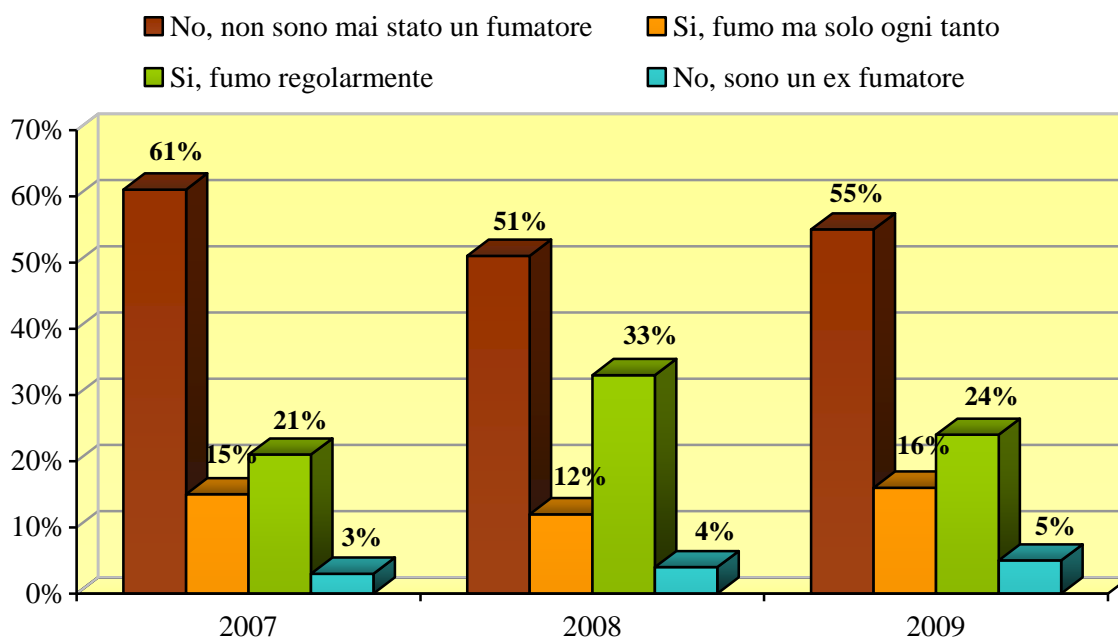
4 - L'analisi descrittiva: i dati dell'indagine sul fumo di tabacco

L'abitudine al fumo di tabacco è probabilmente lo stile di vita non corretto in termini di salute maggiormente critico tra gli studenti del "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi". La

percentuale di fumatori è alta (vedi Grafico 15) e le storie che abbiamo raccolto raccontano di adolescenti che hanno già sviluppato una forte dipendenza, che non riescono a smettere, che ignorano i rischi legati alla nicotina o che fumano per necessità “psicologiche” che abbisognerebbero di maggiori approfondimenti.

La percentuale di fumatori regolari è del 21% per il 2007, il 33% per il 2008 e il 24% per il 2009. I fumatori occasionali sono invece il 15%, il 12% e il 16% per i tre anni. In generale, il dato percentuale dei fumatori è inferiore a quello della popolazione di riferimento, calcolato attorno al 27-30%, ma se a questo aggiungiamo il dato dei fumatori occasionali, così com'è espresso nel successivo grafico 14, arriviamo a percentuali più alte (36% per il 2007; 45% per il 2008; 40% per il 2009).

Grafico 16 – Distribuzione percentuale dei fumatori, gli ex fumatori, i fumatori occasionali e i non fumatori per gli anni 2007, 2008 e 2009



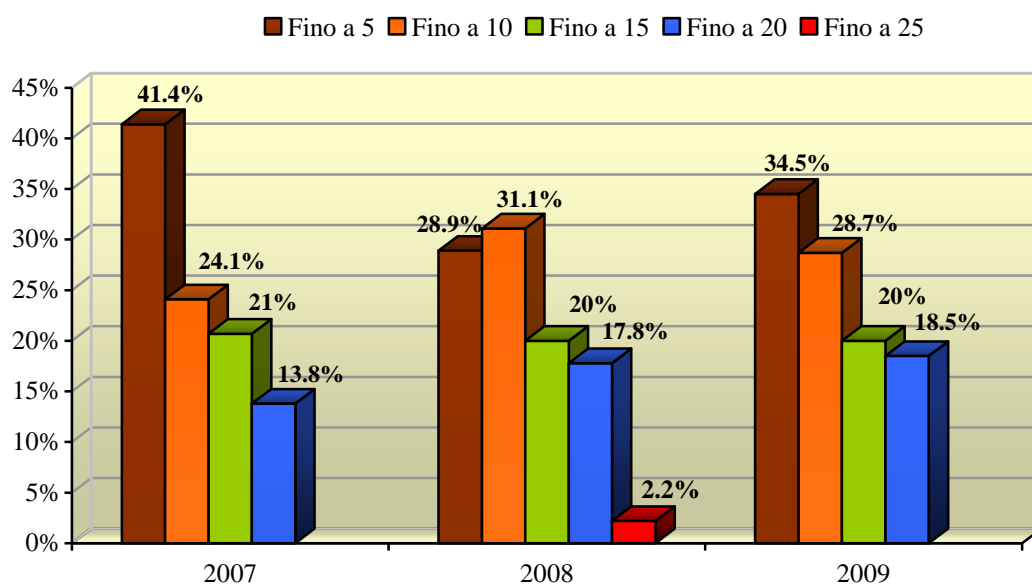
Senza dimenticare poi il fatto che abbiamo a che fare con una popolazione adolescente di età media tra i 15 e i 16 anni. In effetti, i rischi legati all'abitudine al fumo di tabacco in adolescenza sono particolarmente significativi laddove influiscono su organismi giovani e contro organi interni in fase di sviluppo. Su queste basi, va rilevata l'importanza di interventi educativi in questa specifica fascia d'età, al fine di aumentare consapevolezza e motivazioni che portino a stili di vita più salutari.

L'elevato numero di fumatori occasionali che abbiamo registrato nella scuola ci ha fatto riflettere sulla necessità di interventi mirati su questo gruppo. Infatti, uno degli obiettivi della

nostra ricerca-intervento è diventato, negli anni, innanzitutto quello di rinforzare la resistenza all'abitudine al fumo dei fumatori occasionali, in quanto questi, oltre a rappresentare un nutrito gruppo di adolescenti che si "iniziano" a questo comportamento, sono quelli su cui è maggiormente efficace un'azione educativa e preventiva proprio perché ancora in fase di "stabilizzazione" del vizio. I risultati in tal senso ancora non confortano la nostra azione, ma siamo consci delle difficoltà legate a questi interventi e della necessità di avere maggiore tempo a disposizione per ottenere cambiamenti comportamentali e creare una cultura della salute a scuola. In tutti i casi, va sottolineato come i risultati in questo campo si possono ottenere anche attraverso interventi ripetuti negli anni, come peraltro stiamo facendo, e visto che i meccanismi sociali e psicologici su cui si basa l'abitudine al fumo sono complessi e necessitano di cambiamenti anche negli altri contesti di vita dell'adolescente, come ad esempio nel gruppo dei pari, nello sviluppo cognitivo e affettivo o nella maturazione della personalità.

Un altro dato descrittivo di base, utile per una reale "analisi della situazione", è quello sulle abitudini del gruppo degli studenti fumatori. La maggior parte di questi fuma dalle 5 alle 15 sigarette al giorno (vedi Grafico 16). Mentre il dato dei "forti" fumatori, ossia di quelli che dichiarano di consumare dalle 15 alle 20 sigarette al giorno, è interessante perché abbastanza elevato, sempre in considerazione dell'età e della fase di iniziazione al fumo (13,8% nel 2007; 17,8% nel 2008; 18,5% nel 2009).

Grafico 17 – Distribuzione percentuale numero di sigarette per fumatori regolari e occasionali



4.1 - La rilevazione del Monossido di Carbonio (CO)

I dati sulla rilevazione del monossido di carbonio o CO espirato mostrano, come è ovvio aspettarsi, che la maggioranza degli studenti ha riportato un dato di CO fino a 5 (vedi Tabella 31). In effetti, calcolando che la maggior parte degli studenti non è fumatore, così come la maggior parte della popolazione generale, e, inoltre, che siamo in presenza di organismi giovani, il dato generale di un basso livello di CO registrata risulta alquanto regolare. Piuttosto, appare eccessiva la percentuale di studenti il cui livello di CO registrato è tra 5 e 10 (6% nel 2007; 11% nel 2008; 10% nel 2009). Dato che rappresenta maggiormente la popolazione dei fumatori, al pari dei successivi livelli percentuali di CO espirato (fino a 30).

Tabella 31 – Distribuzione della percentuale di Monossido di Carbonio (CO) espirato

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
CO Espirato			
Fino a 5	88%	77%	83%
Fino a 10	6%	11%	10%
Fino a 15	2%	8%	3%
Fino a 20	1%	2%	4%
Fino a 25	1%	0%	0%
Fino a 30	1%	2%	0%

4.2 - Le abitudini degli studenti fumatori

Per quanto riguarda le abitudini dei fumatori, si registra che questi accendono la prima sigaretta soprattutto dopo un'ora dal risveglio (vedi Tabella 32). La maggior parte dei fumatori, sia regolari sia saltuari, quindi, fumano la loro prima sigaretta della giornata dopo un'ora dal risveglio, ossia una volta arrivati a scuola e come a voler "socializzare" l'esperienza con i compagni (60% nel 2007; 44,4% nel 2008; 55,1% nel 2009). A livello di comportamento, la prima sigaretta sembra così rappresentare una sorta di "rito" di inizio della giornata scolastica ed essere consumata soprattutto fuori dal portone di ingresso della scuola, qualche minuto prima del suono della campanella. Questo sembra rappresentare negli studenti un "meccanismo" relazionale e psicologico importante, uno dei tanti che sono alla base dell'abitudine al fumo di tabacco che col tempo si "cronicizza" in vizio vero e proprio.

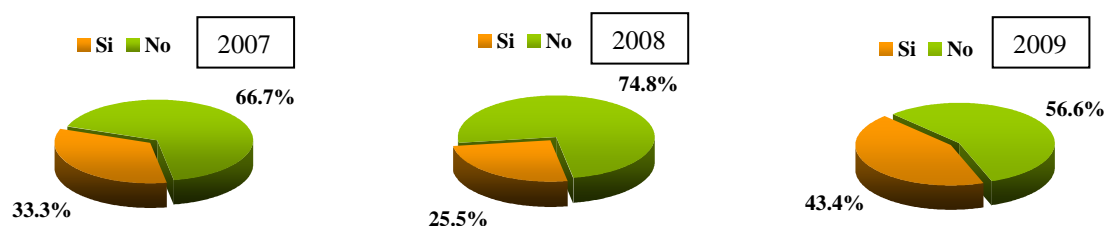
La percentuale di studenti che fuma la prima sigaretta dopo 5 minuti, mostrando così un bisogno fisico e psicologico maggiormente radicato, non è molto alta considerando i dati dei tre anni (15,4% nel 2007; 4,4% nel 2008; 6,1% nel 2009).

Tabella 32 – Distribuzione percentuale dei tempi di accensione della prima sigaretta al risveglio

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Quanto tempo dopo il risveglio accendi la prima sigaretta?			
Entro 5 minuti	15,4%	4,4%	6,1%
Entro mezz'ora	3,8%	22,2%	18,3%
Entro un'ora	23,1%	28,9%	20,4%
Dopo un'ora	60%	44,4%	55,1%

Come abbiamo detto precedentemente, la fascia di età 15-16 anni rappresenta una fase delicata rispetto all'abitudine al fumo per diverse ragioni. Tra queste c'è sicuramente il fatto che in questa fase, per motivi legati all'identità, l'adolescente si "inizia" al fumo non avendo ancora un "vizio" fortemente radicato. In tal senso, sempre in precedenza abbiamo sottolineato l'importanza di interventi in questa fase capaci di far leva su un comportamento in *statu nascenti* ancora non del tutto sviluppato. In questi termini vanno letti i dati raccolti rispetto alle abitudini al fumo degli studenti da noi analizzati. Così, sia il dato precedente sui tempi di accensione della prima sigaretta quotidiana che quelli successivi (vedi Grafico 16) sul fumare nei luoghi dove è vietato dimostrano come negli studenti campione della nostra indagine la sigaretta non rappresenta ancora un'abitudine morbosa, anche se il fumare si caratterizza comunque quale comportamento costante, sociale e in fase di radicamento. In effetti, ci aspettiamo che un fumatore decennale o quindicinale, ad esempio, senta molto presto la necessità di accendere una sigaretta la mattina e trovi maggiori difficoltà nel fumare nei luoghi dove è vietato.

Grafico 18 - Distribuzione percentuale delle dichiarazioni sulla difficoltà a fumare nei luoghi dove è vietato per gli anni 2007, 2008 e 2009



Il dato su quale sia la sigaretta a cui meno si può rinunciare durante la giornata (vedi Tabella 33) vede la maggioranza optare per l'opzione "qualsiasi" in tutti e tre gli anni (63%; 64,4%; 55,4%) piuttosto che su quella della mattina. Un dato ancora in linea con l'ipotesi di lettura legata alla fase di inizio dell'abitudine al fumo.

Tabella 33 – Distribuzione percentuale delle dichiarazioni sulla sigaretta a cui è più difficile rinunciare per gli anni 2007, 2008 e 2009.

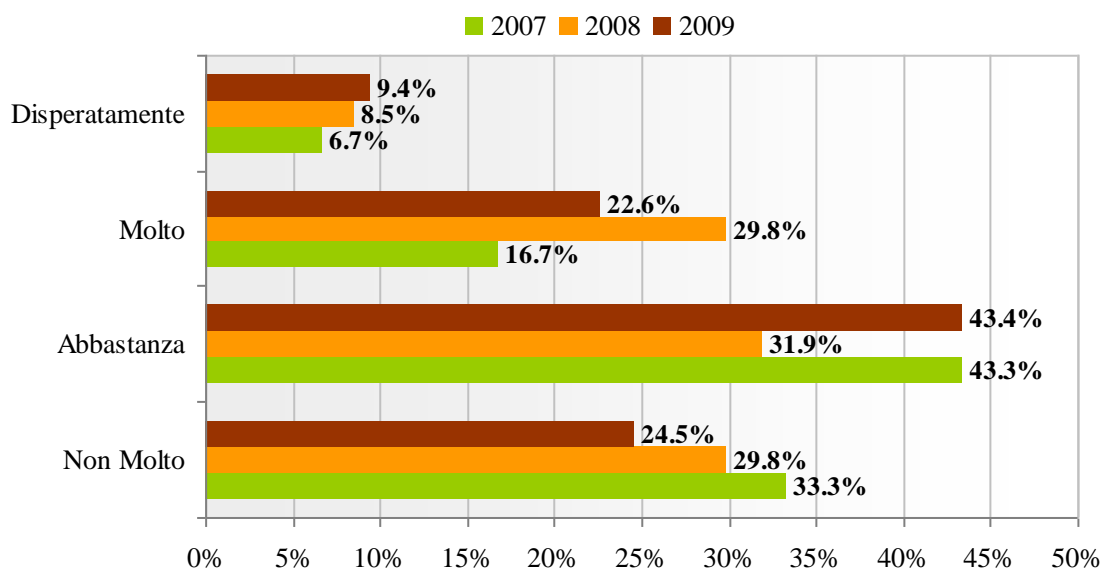
Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
A quale sigaretta faresti più fatica a rinunciare?			
La prima del mattino	37%	35,6%	44,6%
Qualsiasi	63%	64,4%	55,4%

4.3 - La motivazione a smettere di fumare

I dati successivi riguardano l'importante questione della motivazione al fumare/smettere di fumare. Indagare la questione dei motivi che spingono molti adolescenti a rivolgersi alla sigaretta può essere la chiave per scoprire i meccanismi psicologici legati al gesto e quindi al "vizio". Nei capitoli precedenti abbiamo accennato alla questione della "funzione comportamentale" che porta un adolescente a fumare nonostante sia informato e consapevole circa i rischi per la salute di questa abitudine. L'ipotesi che abbiamo espresso è che tale "status quo", ossia l'atto del fumare, risulta spesso per l'adolescente maggiormente utile se confrontato con i rischi futuri per la sua salute, in quanto connesso con aspetti più "sociali" quali l'appartenenza al gruppo dei pari e "psicologici" come la ricerca di una propria identità o la necessità di trasgredire alle regole di genitori e adulti. In tal senso, il lavoro educativo per ottenere il cambiamento comportamentale del fumatore si sposta giocoforza verso tali aspetti "relazionali", come dimostra tra l'altro l'inefficacia di interventi solo informativi sui rischi del fumo o di "terrorismo psicologico" basati sull'exasperazione dei problemi fisici connessi al fumo di tabacco. Questi aspetti maggiormente "impliciti", legati allo stile di vita e allo stile relazionale dell'adolescente fumatore sono stati da noi indagati attraverso i focus group. Qui, in effetti, abbiamo avuto modo di registrare particolari dinamiche socio-psicologiche che conducono all'abitudine di fumare, così come sono state espresse direttamente dagli studenti. Un'analisi di tali dati "verbali", basata sulla raccolta di testi sul tema tra gli studenti, è proposta nel successivo e ultimo capitolo, mentre qui, riportiamo la descrizione dei dati quantitativi sulle motivazioni legate al fumo.

Un primo dato è quello sull'importanza dello smettere di fumare, che mostra come la maggioranza degli studenti fumatori abbia indicato le opzioni "abbastanza importante" e "non molto importante" (vedi Grafico 18).

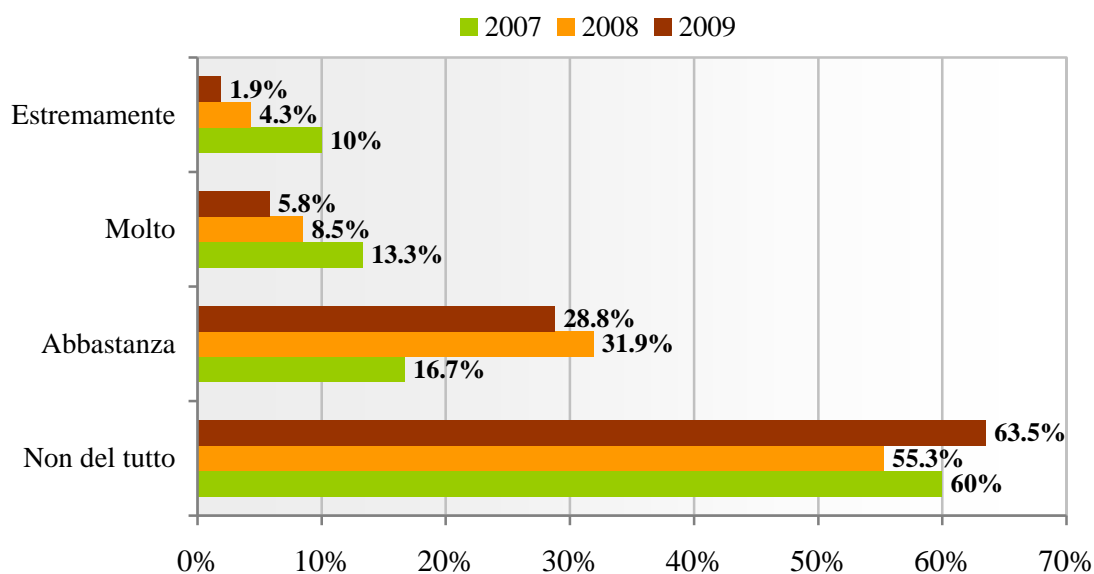
Grafico 19 – Distribuzione percentuale delle dichiarazioni sull'importanza di smettere di fumare per gli anni 2007, 2008 e 2009



La scelta degli studenti sembra quindi evidenziare una ancora troppo scarsa motivazione al cambiamento, probabilmente centrata sul fatto che essi riconoscono, al momento, solo gli “effetti positivi” del fumare e trovano alquanto “teorici” gli effetti negativi per la salute, laddove nessuno di loro ha ancora sviluppato patologie legate al fumo di tabacco.

Anche il dato successivo, relativo alle risposte sulla determinazione a smettere di fumare, si posiziona sulla stessa linea, mostrando una larga maggioranza di studenti che dichiara di sentirsi “non del tutto determinati” o solo “abbastanza determinati” (vedi Grafico 19).

Grafico 20 – Distribuzione percentuale delle dichiarazioni sulla determinatezza a smettere di fumare per gli anni 2007, 2008 e 2009



Rispetto al tema delle motivazioni, quindi, sembra che siamo in presenza di una maggioranza di studenti che non trova fondamentale smettere di fumare, almeno per il momento, e che si dichiara non molto determinato a rinunciare alla sigaretta nonostante sia consapevole dei rischi per la sua salute.

Per quanto riguarda, invece, i dati sui principali motivi che porterebbero gli studenti a desiderare di smettere di fumare (vedi Tabella 34), abbiamo trovato che la maggior parte di essi ha paura di ammalarsi in futuro (35,7% nel 2007; 51,1% nel 2008; 33% nel 2009) e considera un problema l'eccessivo costo delle sigarette (50% nel 2007; 29,8% nel 2008; 31,3% nel 2009). Due elementi, quindi, riconosciuti come principali e comunque diversi tra loro. Da una parte, la consapevolezza dei rischi per la salute che possono realizzarsi in futuro; dall'altra, una questione "reale" e fortemente legata al presente come il prezzo delle sigarette che concerne la gestione dei soldi. Queste motivazioni a smettere di fumare non appaiono forti al punto da ottenere una diminuzione del numero dei fumatori. In effetti, sembra che le molte campagne contro il fumo promosse negli ultimi anni abbiano prodotto una certa sensibilizzazione e, per così dire, "convinto" gli adolescenti che fumare conduce ad alte probabilità di ammalarsi in futuro, senza però influenzare o rinforzare il desiderio di smettere nel presente. Allo stesso modo, il motivo "desidero smettere di fumare perché costa troppo" sembra debole e superabile dagli studenti, che lo vivono piuttosto come un fastidio o un ostacolo momentaneo e aggirabile.

Inoltre, le stesse dichiarazioni degli studenti sembrano dimostrare che la voglia di smettere di fumare non deriva tanto dall'influenza della famiglia o dallo stato di salute attuale e non trova nei pari rinforzi comportamentali o modelli "positivi" verso la modifica dell'abitudine.

Tabella 34 – Distribuzione percentuale delle dichiarazioni sul desiderio di smettere di fumare per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Perché desideri smettere di fumare? (Per questa domanda puoi anche non rispondere oppure dare più di una risposta)			
La mia salute ne sta soffrendo ora	7,1%	8,5%	8,5%
Per non ammalarmi in futuro	35,7%	51,1%	33%
Fumare costa troppo	50%	29,8%	31,3%
Sono spinto da altri	3,6%	4,3%	12,1%
Per la mia famiglia	3,6%	10,6%	10,1%

Infine, abbiamo chiesto agli studenti se pensano di riuscire a smettere, trovando che la maggior parte di essi si posizione in una linea intermedia della scala caratterizzata dalle accezioni “è abbastanza probabile” e “non è molto probabile” (vedi Tabella 35). Le percentuali di risposta più basse sono per l’opzione “è quasi impossibile” che, soprattutto per gli anni 2008 e 2009 registra dati abbastanza minoritari (2,1% e 5,6%). In tal senso, questo dato sembra esprimere il classico luogo comune in cui casca il fumatore più incallito, ossia che egli può smettere in qualsiasi momento.

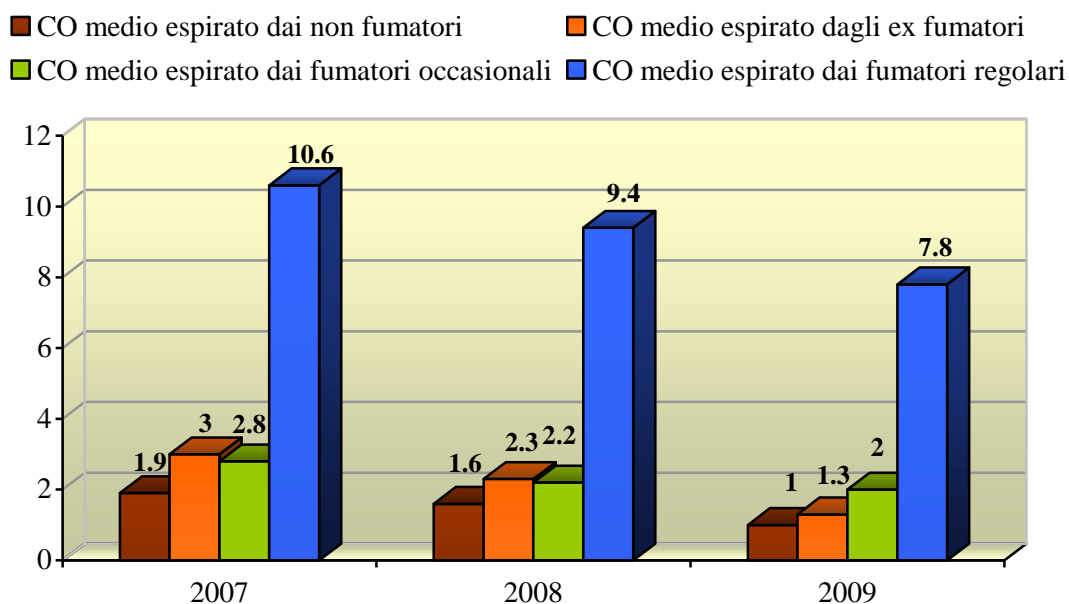
Tabella 35 - Distribuzione percentuale delle dichiarazioni sulla sensazione di riuscire a smettere di fumare per gli anni 2007, 2008 e 2009

Indicatore	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Pensi di riuscire a smettere?			
Sono quasi sicuro	13,8%	13,9%	16,9%
È molto probabile	13,8%	25,3%	24,5%
È abbastanza probabile	27,6%	28,9%	18,9%
Non è molto probabile	20,7%	19,2%	20,7%
È poco probabile	3,4%	10,6%	13,2%
È quasi impossibile	20,7%	2,1%	5,6%

5 - L’analisi statistica: gli incroci su fumo di tabacco

Dal rapporto tra l’abitudine al fumo e il livello di monossido di carbonio (CO) registrato tra gli studenti si evincono delle particolari regolarità (vedi Grafico 20). In effetti, il valore di CO medio espirato aumenta in base alla tipologia di fumatore. Mentre nei non fumatori tale livello non supera mai il valore di 2, negli ex fumatori e nei fumatori occasionali arriva a un massimo di 3 e nei fumatori regolari arriva a valori considerevolmente più alti. Qui, i valori medi registrati sono di 10,6 per il 2007, 9,4 per il 2008 e 7,8 per il 2009. Si può così affermare che c’è un’evidente correlazione tra l’essere fumatore regolare e la registrazione di un alto valore di CO espirato.

Grafico 21 – Rapporto tra valore di CO espirato e non fumatori, ex fumatori, fumatori occasionali e fumatori regolari per gli anni 2007, 2008 e 2009



L'interesse per questi risultati è innanzitutto di carattere "scientifico", ossia collegato alla possibilità di raccogliere un dato che dimostra gli effetti per così dire immediati del fumo di tabacco. La nostra esperienza con questo strumento, poi, ci ha portati a riconoscerne l'utilità soprattutto in termini "educativi" o "formativi". Infatti, l'operazione di registrazione del CO espirato, molto semplice e per nulla invasiva, ha suscitato l'interesse degli studenti e rappresentato un particolare momento di riflessione. Durante la rilevazione, quando ci siamo imbattuti in alti livelli di CO, abbiamo chiesto allo studente in questione se fosse fumatore, ottenendo una risposta affermativa nella quasi totalità dei casi. Il fatto che la macchinetta esprima un dato, un numero che differenzia chiaramente i fumatori dai non fumatori, ha portato alcuni studenti a smettere di fumare e altri a interrogarsi seriamente sui rischi per la propria salute. In una di queste situazioni, un caso di CO fino a 30 che rientra nel 2% totale registrato nel 2008, il valore così alto ha "preoccupato" la studentessa in questione che ha poi deciso di smettere di fumare, pur con molta fatica e cercando sempre il nostro appoggio. Questo è per noi un esempio del valore educativo dello strumento, a fianco a quello scientifico di raccolta dei dati. Infatti, si è visto come gli studenti fumatori possono perdere il "vizio" più facilmente se all'intervento generale di promozione della salute vengono associati strumenti capaci di mostrare immediatamente gli effetti del fumo, pur senza ricorrere a tecniche di "terrorismo psicologico".

In altre parole, sembra che fornendo allo studente fumatore una prova visibile del livello di CO registrato, e spiegando dei danni causati dallo stesso, si possono favorire e rinforzare particolari motivazioni al cambiamento. In tutti i casi, c'è il rischio, osservato tra il nostro campione di studenti, che tale strategia, da sola, possa avere effetti immediati ma non duraturi, che invece possono essere garantiti da tecniche di promozione della salute che vanno maggiormente in profondità, intervenendo sugli aspetti sociali e psicologici dell'abitudine al fumo di tabacco.

Capitolo Quinto - L'ANALISI DEI DATI QUALITATIVI E TESTUALI

1 - L'analisi dei focus group: obiettivi e ipotesi

Alla fine dei *focus group* che abbiamo svolto a scuola, della durata di circa 50 minuti ciascuno, sono stati raccolti alcuni brevi testi scritti dagli studenti sui temi dell'alimentazione e del fumo di tabacco.

L'ipotesi generale di partenza è che attraverso il gruppo si siano innescati meccanismi di meta-riflessione sugli argomenti del nostro intervento che aprono ad aspetti maggiormente impliciti e simbolici. In tal senso, la raccolta dei testi si pone l'obiettivo di analizzare tali significati impliciti al fine di comprendere meglio le dinamiche con cui gli studenti si rappresentano e simbolizzano l'alimentazione e il fumo. Questa indagine sulle rappresentazioni sociali degli studenti, che necessita probabilmente di una fase *post* e quindi di una nuova raccolta e analisi dei testi, è poi fondamentale in fase di riprogettazione dell'intervento per gli anni successivi. In altre parole, lo scopo principale di questa sezione di analisi è quello di “capirci qualcosa” sul significato psicologico e sociale nascosto nei comportamenti non corretti in termini di salute e sulle rappresentazioni operate dagli studenti rispetto al contesto.

Per svolgere in maniera facilitata l'analisi dei testi ci si è avvalsi di un software di analisi qualitativa che ha permesso di superare i limiti delle elaborazioni “carta e matita” e consentito di creare una sorta di mappatura degli organizzatori dei testi presenti negli scritti degli studenti. Tale strumento è il T-LAB, ossia uno specifico software caratterizzato da un insieme di strumenti che consentono l'estrazione, la comparazione e la mappatura degli aspetti quantitativi di qualsiasi tipo di documento.

Dopo una breve descrizione delle caratteristiche generali del T-LAB, passeremo all'analisi del corpus dei dati, tratti direttamente dagli scritti raccolti in seguito ai *focus group*.

2 - La metodologia di analisi dei dati: il software di analisi del testo T-LAB

Il T-LAB (Lancia, 2002) è uno strumento che consente di effettuare un'analisi statistica delle distribuzioni del vocabolario all'interno di un determinato scritto con l'obiettivo di evidenziare le diverse rappresentazioni sociali presenti. Esso permette di ottenere una sorta di mappatura dei “luoghi mentali” alla base delle rappresentazioni del soggetto a partire dalle “tracce” presenti nei testi. Il T-LAB permette, cioè, di visualizzare le rappresentazioni che

mediano il rapporto tra gli scritti e il mondo, visto come insieme di situazioni, emozioni, culture ecc.

Nello specifico, questo software utilizza statistiche volte a evidenziare relazioni di interdipendenza tra le variabili che consentono la creazione di ipotesi interpretative. Tali ipotesi interpretative, poi, vanno indirizzate attraverso l'utilizzo del "paradigma indiziario" (Ginzburg, 1986), basato sul "pensiero abduittivo", così come proposto da Peirce (Pruni, 1981, 1984; Paavola, 2004) che concerne pratiche conoscitive centrate sull'attenzione a tracce o indizi. L'interpretazione attraverso tali modelli di riferimento è fondamentale per far sì che dalla semplice analisi statistica con il T-LAB si giunga alla possibilità di elaborare ipotesi esplicative sul senso o "funzione" contestuale di specifiche rappresentazioni sociali.

Il T-LAB permette, quindi, di organizzare il testo in esame e produrre mappe che ne rappresentano i contenuti, in modo tale da delineare la struttura caratteristica del documento analizzato (Lancia, 2002). Questo prevede due tipi di unità di analisi: le unità lessicali e le unità di contesto.

Le unità lessicali sono parole, singole o multiple, archiviate e classificate in base a un determinato criterio. Più precisamente, nel database T-LAB le unità lessicali rappresentano record classificati secondo due campi: forma e lemma. Nel campo forma sono elencate le parole così come compaiono nel corpus, mentre nel campo lemma sono elencate le *label* attribuite a gruppi di unità lessicali classificate secondo criteri linguistici (es. lemmatizzazione) o tramite dizionari e griglie semantiche definite dall'utilizzatore.

Le unità di contesto sono invece porzioni di testo in cui può essere suddiviso il corpus. Nella logica del T-LAB le unità di contesto possono essere di diversi tipi. Il nostro lavoro di analisi del testo si è basato sui contesti elementari, ossia sulle unità sintagmatiche (frammenti di testo) in cui è stato suddiviso il contesto iniziale.

In base alle caratteristiche e alla tipologia dei testi raccolti, e del corpus ottenuto, le analisi che abbiamo svolto con il software sono l'analisi delle corrispondenze e l'analisi dei cluster. Vediamo, di seguito, la descrizione di queste due tipologie di analisi e i risultati ottenuti in termini di fattori e cluster.

3 - L'analisi delle corrispondenze

La maggior parte delle analisi del testo che sono fatte con T-LAB si basano sullo studio delle relazioni tra occorrenze e tra co-occorrenze, sia per mezzo di particolari indici di

associazione sia con tecniche statistiche di tipo multidimensionale come l'analisi delle corrispondenze e l'analisi dei cluster.

I concetti di occorrenze e co-occorrenze sono fondamentali nell'ambito dell'analisi dei testi e necessitano una breve descrizione.

Le occorrenze esprimono frequenze, ossia quantità risultanti dal conteggio del numero di volte in cui una unità lessicale ricorre all'interno del corpus o di una unità di contesto.

Le co-occorrenze, invece, sono quantità risultanti dal conteggio del numero di volte in cui due o più unità lessicali sono contemporaneamente presenti all'interno degli stessi contesti elementari. La loro distribuzione può essere rappresentata in tabelle secondo uno schema presenza/assenza.

Per quanto riguarda specificatamente l'analisi delle corrispondenze, va detto che il suo obiettivo è quello di analizzare le relazioni tra le modalità di due (o più) caratteri qualitativi. L'analisi delle corrispondenze mira quindi a individuare la struttura dell'associazione interna a una tabella di contingenza tramite la rappresentazione grafica delle modalità dei due caratteri in uno spazio di dimensionalità minima, che è quasi sempre il piano cartesiano.

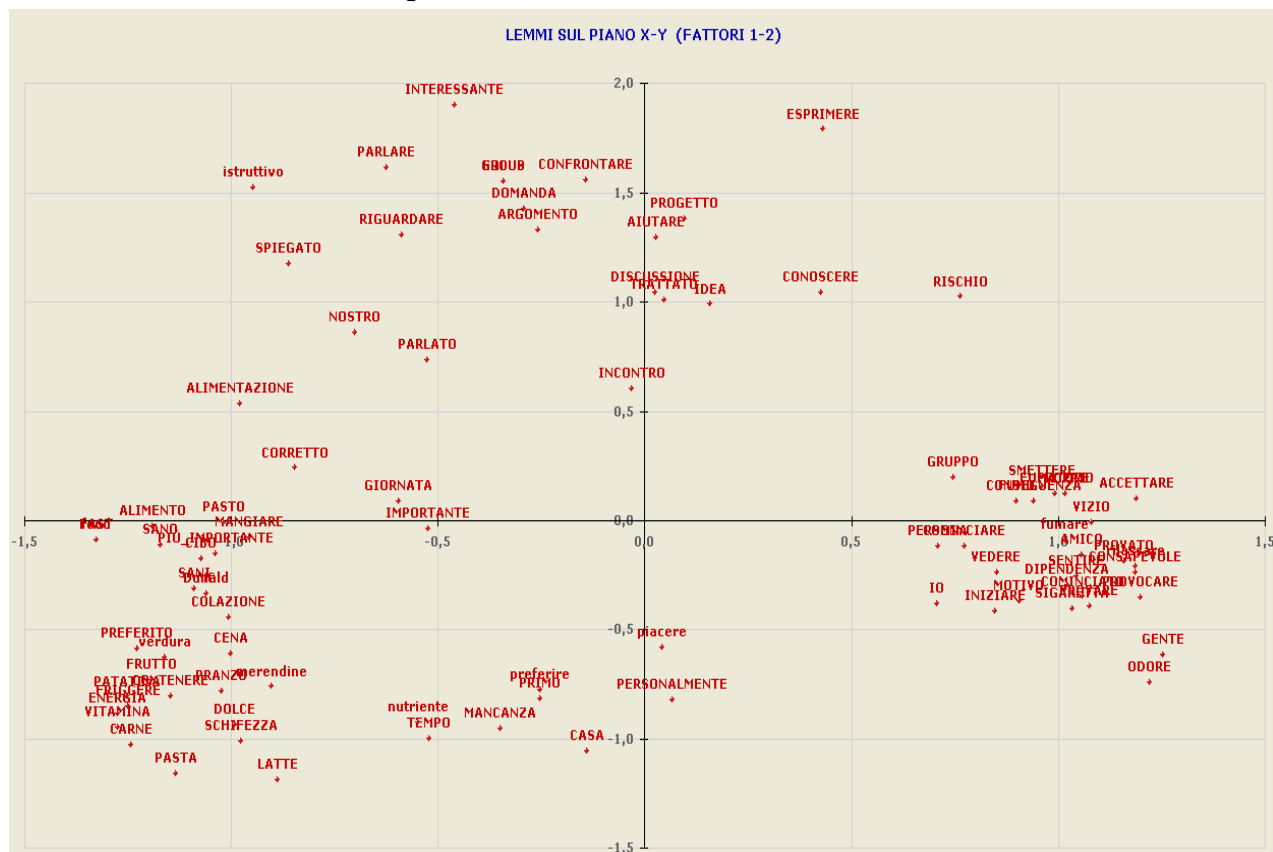
Come tutti i metodi di analisi fattoriale, questa tecnica statistica consente di estrarre delle nuove variabili, ossia i fattori, che hanno la proprietà di riassumere in modo ordinato l'informazione rilevante contenuta nelle innumerevoli caselle delle tabelle dati. Inoltre, con questo metodo di analisi è possibile predisporre grafici atti a rappresentare i punti che individuano gli oggetti in riga e in colonna, ossia, nel caso della nostra analisi con T-LAB, le entità linguistiche (parole, lemmi, segmenti di testi e testi) con le rispettive caratteristiche di provenienza.

La rappresentazione visiva dei fattori si basa su una dimensione spaziale, identificabile come una linea o asse, al cui centro (o baricentro) si trova il valore "0" e che si sviluppa in modo bi-polare verso le estremità "negativa" (-) e "positiva" (+), in modo tale che gli oggetti collocati su poli opposti siano da considerare quelli più diversi tra loro. Il grafico bidimensionale del tipo piani cartesiani consente, quindi, l'osservazione delle relazioni di prossimità/distanza, o di somiglianza/differenza, tra gli oggetti considerati.

Presentiamo, di seguito, il grafico 21 che rappresenta le entità linguistiche degli studenti. È possibile osservare la presenza dei due assi fattoriali X e Y sul piano cartesiano che corrispondono ai fattori 1 e 2.

Sulla base delle tabelle 33 e 34 è possibile ricostruire le polarità positiva e negativa dei due fattori all'interno dell'asse, polarità che rappresenta comunque un valore convenzionale che ne definisce l'opposizione.

Grafico 22 – Analisi delle corrispondenze, lemmi sui fattori 1 e 2



Il grafico, quindi, esprime la ricombinazione della tabella secondo la co-occorrenza e i gruppi di parole che si oppongono, calcolando i due diversi fattori. La posizione delle parole nei versanti delle polarità positiva e negativa dell'asse rappresenta quanto le stesse contribuiscono a quel fattore.

Possiamo osservare come il fattore 1 si organizza attraverso l'opposizione alimentazione – fumo di tabacco, che sono i temi-stimolo che abbiamo proposto agli studenti. In tutte e due le estremità di alimentazione e fumo è possibile osservare una certa visione stereotipata che dipende da una dimensione adempitiva.

Infatti, rispetto al polo “alimentazione”, e come si può notare dal corpus, il discorso degli studenti si organizza attraverso lemmi come “mangiare”, “cibo” o “sani” (vedi Tabella 36). Inoltre, se prendiamo i segmenti del corpus osserviamo come gli studenti sembrano trattare l'argomento alimentazione come qualcosa di scientifico nel quale loro non sono implicati. Eccone di seguito alcuni:

- *L'alimentazione è un metodo regolare per il buon funzionamento del corpo umano.*
- *Pasti sani e nutrienti aiutano l'organismo a metabolizzare e a reagire alle azioni quotidiane in modo più attivo.*
- *L'alimentazione sta alla base della vita.*
- *L'alimentazione è una cosa basilare per ogni essere umano, altrimenti non riusciremmo a vivere.*
- *Colazione, pasto più importante pranzo.*
- *L'alimentazione è molto importante. Ci sono cibi che possono piacere e cibi che non piacciono, e gran parte delle volte quelli meno piacevoli sono sempre frutta, verdura, cibi quelli che in realtà andrebbero mangiati in modo più frequente.*

L'ipotesi sulla quale si può ragionare è che gli studenti esprimono una dimensione adempitiva, caratterizzata dall'assenza di connotazione e simbolizzazione emozionale dell'oggetto "alimentazione" e dalla fantasia di svolgere il "compito assegnato".

In particolare, sembra che gli studenti abbiano svolto una sorta di compito in classe sulla nutrizione. Infatti, emerge da subito la dimensione dell'imparare, dell'aver capito i discorsi fatti durante i *focus group* in ossequio alle regole del contesto scolastico, caratterizzate, come sembra dall'immaginario degli studenti, soprattutto da compiti e giudizi.

La rappresentazione che principalmente emerge dall'analisi del testo si lega all'alimentazione vista in termini di "correttezza" per la salute in un'ottica individualistica. Questa dimensione è sempre espressione della necessità adempitiva degli studenti di svolgere un buon compito, essere all'altezza o rispettare le aspettative così come sono immaginate.

La visione stereotipata, poco pensata o spersonalizzata, si intravede attraverso i lemmi principali tratti dall'analisi, che riguardano categorie generali senza proporre dimensioni di piacere. In altre parole, da una parte, e attraverso lemmi come "mangiare" e "cibo", si propone una dimensione dell'alimentazione quale bisogno generale, privo di elementi di piacere e scelta, mentre, dall'altra, "verdura", "frutto" e "sani" esprimono aspetti poco caratterizzati, individualistici e legati alla salute come concetto generale.

L'ipotesi è che, in termini di stili di vita, gli studenti non siano abituati a considerare la simbolizzazione emotiva che viene operata sul cibo, correlando l'alimentazione con i bisogni fondamentali e identificandola alla stregua di "benzina per il corpo umano". In effetti, i principali lemmi individuati fanno notare come il riferimento è, ad esempio, alla "frutta" o alla "verdura", e non a specifici frutti o tipi di verdura, che evidenzerebbero invece l'emergere di dimensioni di piacere in un'ottica più sociale.

Rispetto al polo opposto, fumo di tabacco, l'analisi mostra due dimensioni principali e, sembra, conflittuali: fumare come aspetto negativo e fumare come elemento positivo sul piano sociale e gruppale. Infatti, tra i lemmi principali attorno ai quali gli studenti organizzano il discorso (vedi Tabella 36) vi sono "smettere", "vizio", "amico", "persona", "conseguenza" ecc. I due aspetti conflittuali aprono a dimensioni maggiormente sociali, che non avevamo riscontrato nel polo opposto sull'alimentazione, laddove il fumo viene considerato dannoso e negativo, ma anche fondamentale per i rapporti e per la gestione degli stessi. Una particolare dimensione che emerge è quella della curiosità, legata a lemmi quali "iniziare" o "provare", e che sembra anch'essa riferita al rapporto con gli amici e i pari.

È davvero interessante che uno dei lemmi principali del polo fumo del fattore 1 sia "amico". Quest'aspetto ci riporta all'importanza del gruppo dei pari rispetto all'abitudine al fumo negli adolescenti e ci consente di sviluppare ipotesi migliori, basate cioè su una migliore conoscenza del contesto di intervento, per la continuazione del progetto.

Quanto descritto si intravede già nei segmenti tratti dai testi che sono abbastanza eloquenti in tal senso:

- *Io ogni tanto ho fumato. La prima volta che ho fatto un tiro è stato quando un'amica me lo ha offerto. Ho voluto provare perché ho visto che quasi tutti i ragazzi che vedevo lo facevano.*
- *Ho fumato una sola volta. In famiglia c'è chi mi dice o meglio mi spinge a fumare ancora. Io personalmente preferisco evitare. Ho fatto la mia prova. Quel mezzo tiro di sigaretta (riuscito anche un po' male) mi è piaciuto.*
- *Io fumo perché ho cominciato in comitiva con gli amici e mi è piaciuto. All'inizio pensavo di smettere ma dopo aver comprato il primo pacchetto ho cominciato a comprarlo tutti i giorni.*
- *Quasi tutti eravamo d'accordo sul fatto che si fuma sempre per farsi notare o per essere integrato in un gruppo, ma c'è chi ha fatto presente che non si comincia a fumare solo per mettersi in mostra ma anche perché si hanno problemi.*
- *Io no fumo ... e non mi piace fumare. Mi da troppo fastidio e non sopporto l'odore. Fanno anche male alla salute.*
- *Si comincia a fumare per entrare in un gruppo, per provare nuove esperienze e per lo stress. Il fumo crea dipendenza da cui molti non riescono a smettere.*

Tabella 36 – Fattore 1, polarità positiva e negativa

Lemmi Polarità (-)	Fattore 1	Lemmi Polarità (+)	Fattore 1
Alimentazione	-6,3531	Fumare	7,0890
Mangiare	-5,7236	Fumo	6,9211
Cibo	-5,6171	Smettere	4,7454
Verdura	-5,2213	Io	4,5356
Frutto	-4,6370	Vizio	3,7633
Sani	-4,0916	Amico	3,6728
Colazione	-3,9108	Sigaretta	3,5993
Pasto	-3,8261	Iniziare	3,5178
Friggere	-3,5447	Persona	3,5074
Nostro	-3,5355	Fumatore	3,4558
Pranzo	-3,4002	Provato	3,2927
Alimento	-3,3744	Conseguenza	3,2723
Carne	-3,2911	Provocare	3,1793
Preferito	-3,0093	Sentire	3,1423
Mc Donald's	-3,0075	Motivo	3,0153
Fast	-2,9694	Comunicare	3,0152
Food	-2,9694	Rilassare	2,9167
Sano	-2,8709	Vedere	2,8350
Cena	-2,8351	Gruppo	2,8066
Patatina	-2,8043	Odore	2,7398
Pasta	-2,7811	Proprio	2,6987
Importante	-2,6953	Accettare	2,6649
Corretto	-2,6811	Consapevole	2,6617
Contenere	-2,5647	Cominciato	2,5980
Vitamina	-2,5528	Gente	2,5134
Energia	-2,5512	Dipendenza	2,5114
Più importante	-2,5434	Provare	2,4093
Grasso	-2,4423	Entrare	2,3620
Parlato	-2,4260	Curiosità	2,2691
Giornata	-2,3882	Anno	2,2430
Organismo	-2,3191	Danno	2,1591
Merendine	-2,2156	Riuscire	2,0893
Interessante	-2,1684	Difficile	2,0748
Imparare	-2,1090	Fastidio	2,0631

Il fattore 2, come si vede nel grafico 22, si organizza attraverso l'opposizione interesse per il *focus group* (polarità positiva) - tempo del pranzo (polarità negativa). La stessa opposizione si può esprimere in termini di cibo - metà cibo, ossia nutrimento del pranzo – nutrimento sociale, dove emergono dimensioni di piacere indicative di una maggiore implicazione personale nel discorso.

La polarità positiva del fattore 2 è caratterizzata da lemmi quali “interessante”, “parlare”, “focus”, “group”, “aiutare”, “nostro”, “riguardare”, “argomento”, “confrontare” (vedi Tabella 37). Qui emerge la dimensione del gruppo appena realizzato, connotato dagli studenti come un interessante momento di confronto. In particolare, sembra che gli studenti esprimono attraverso gli scritti l’importanza del “nutrimento sociale” o del “cibo simbolico” caratterizzato dallo scambio di opinioni ed esperienze effettuato attraverso il *focus group*.

Al polo opposto, si situa il pasto del pranzo che concerne più in generale l’alimentazione ed esprime una connotazione di piacere. Tale dimensione di piacere è importante in quanto mostra una maggiore implicazione degli studenti in termini di simbolizzazione emotiva. I lemmi su cui si basa questa analisi sono “pasta”, “pranzo”, “primo”, “personalmente”, “piacere”, “friggere” e “schifezza”, riferiti quindi ad una maggiore considerazione del gusto personale durante il pranzo (vedi Tabella 37). Un’altra dimensione, basata su lemmi come “tempo” e “mancanza”, sembra riferire di dimensioni reali e problematiche relative alla realizzazione di un pasto soddisfacente.

I seguenti segmenti tratti dal corpus sembrano abbastanza esemplificativi:

- *La lezione è stata interessante perché si è parlato di alimentazione corretta. I cibi sono vari, alcuni sono tossici, altri contengono troppi zuccheri o grassi.*
- *E’ stata interessante e mi serve per la mia alimentazione. Ho scoperto la tossicità di alcol e di cibi e questo mi è servito a prevenirli. La mia alimentazione è povera e non ricca di grassi e zuccheri.*
- *Questo argomento è stato molto interessante; alcuni ragazzi ci hanno fatto delle domande e noi abbiamo risposto. Ci hanno chiesto la nostra giornata tipo per quanto riguarda la nostra alimentazione; ci siamo confrontati. Ci hanno anche spiegato quali cibi sono “dannosi” per il nostro corpo e quali invece fanno bene al nostro organismo. Questo progetto per me è stato molto importante ed interessante.*
- *Nel focus group abbiamo affrontato le problematiche che riguardano l'alimentazione. È stato molto interessante e istruttivo.*
- *La nostra alimentazione, molto spesso, non è corretta visto che alcuni di noi mangiano spesso e volentieri nei fast food (esempio Mc Donald's).*
- *Con questo focus group abbiamo capito basilari informazioni, scoperto dati nutrizionali che non conoscevamo.*
- *Credo che questo incontro sia stato un interessante scambio di opinioni sulla nutrizione.*

Tabella 37 – Fattore 2, polarità positiva e negativa

Lemmi Polarità (-)	Fattore 2	Lemmi Polarità (+)	Fattore 2
Tempo	-3,1763	Interessante	89,815
Frutto	-2,8527	Parlare	51,199
Pasta	-2,8422	Focus	46,623
Verdura	-2,8279	Group	46,623
Carne	-2,7347	Aiutare	44,958
Piacere	-2,6964	Nostro	43,156
Pranzo	-2,6074	Riguardare	39,223
Io	-2,4515	Argomento	35,133
Friggere	-2,4145	Confrontare	34,893
Latte	-2,3850	Alimentazione	34,534
Primo	-2,3221	Parlato	33,868
Personalmente	-2,1780	Esprimere	30,989
Mancanza	-2,1433	Istruttivo	30,443
Schifezza	-2,0282	Domanda	28,534
		Nostro	Progetto
		Parlare	Conoscere
		Parlato	Incontro
		Progetto	Idea
		Riguardare	Discussione
		Rischio	Spiegato
		Spiegato	Rischio
		Trattato	Trattato

4 - L'analisi dei cluster

L'obiettivo della tecnica statistica dell'analisi dei cluster è quella di individuare raggruppamenti di oggetti che abbiano al loro interno la massima somiglianza tra gli elementi che li costituiscono, ossia gli elementi appartenenti a ciascun cluster, e tra di loro la massima differenza. La situazione ideale sarebbe che una unità appartenesse ad uno ed un solo cluster e che tutti i cluster fossero disgiunti. In realtà, i confini di ogni singolo cluster non sono ben definiti, ma le procedure che si utilizzano consentono comunque di assegnare una unità ad uno ed un solo cluster.

In generale, i metodi alla base dell'analisi dei cluster possono essere di due tipi:

- metodo gerarchico, i cui algoritmi ricostruiscono l'intera gerarchia degli oggetti in analisi in senso sia ascendente che discendente;
- metodo di partizione, i cui algoritmi prevedono che l'utilizzatore abbia definito in partenza il numero di clusters in cui dividere l'insieme degli oggetti in analisi.

Il metodo di analisi implementato nella funzione T-LAB che abbiamo preso in considerazione è di tipo gerarchico-ascendente, che parte dai singoli oggetti e, seguendo misure di prossimità, li aggrega fino a ricomporre l'intero insieme.

Gli oggetti sono costituiti dalle unità lessicali o LU, come parole, lemmi o categorie, caratterizzate da un profilo ottenuto tramite l'analisi delle corrispondenze, rappresentato dalle sue coordinate sui tre primi assi fattoriali.

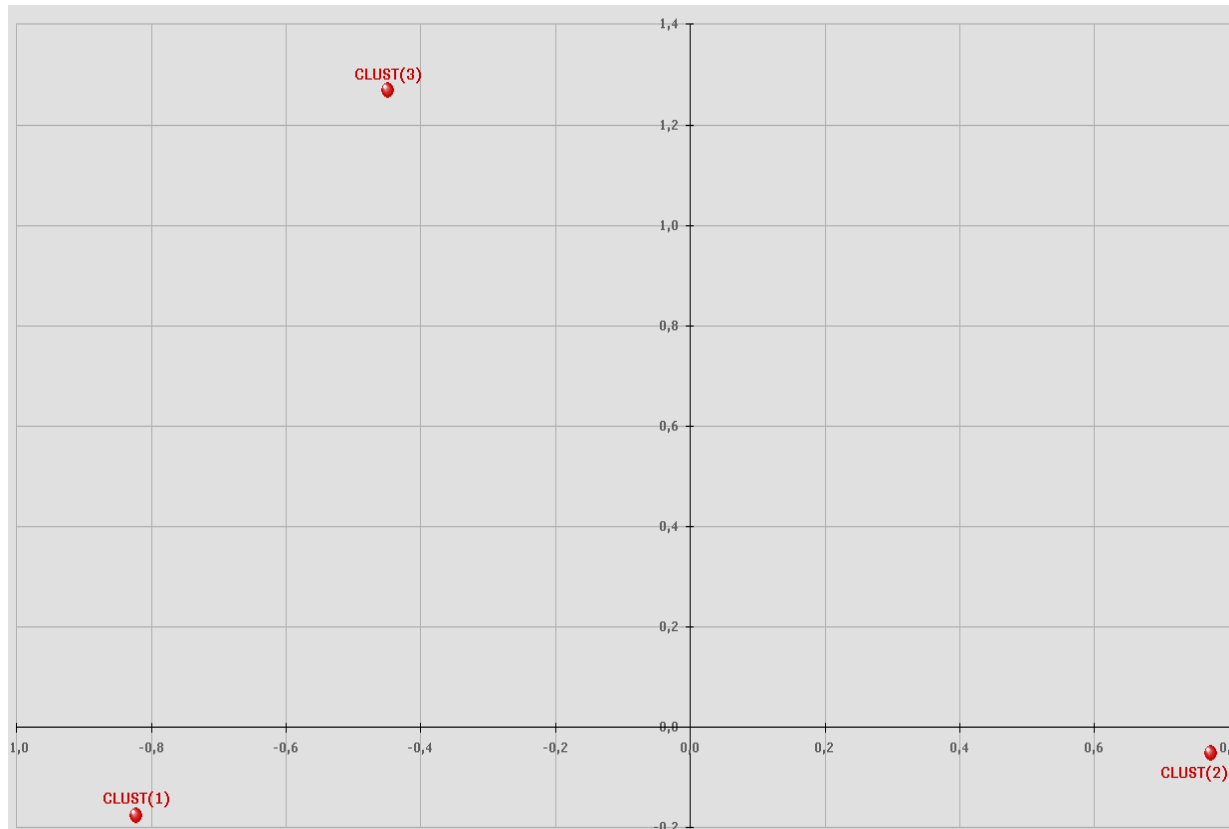
Gli output prodotti in T-LAB con l'analisi dei cluster sono di due tipi:

- alcuni grafici che consentono di verificare la posizione dei cluster all'interno degli spazi bidimensionali o piani cartesiani che corrispondono a quelli ottenuti tramite la precedente analisi delle corrispondenze;
- alcune tabelle che, per ciascun cluster, riportano le unità lessicali o LU che lo costituiscono e le CU, ossia la modalità della variabile utilizzata, che li caratterizzano.

A livello operativo, l'analisi dei cluster consente di costruire e analizzare il corpus, in termini di contesti elementari caratterizzati da specifici pattern di parole chiave. Ogni cluster è caratterizzato mediante test del chi-quadro.

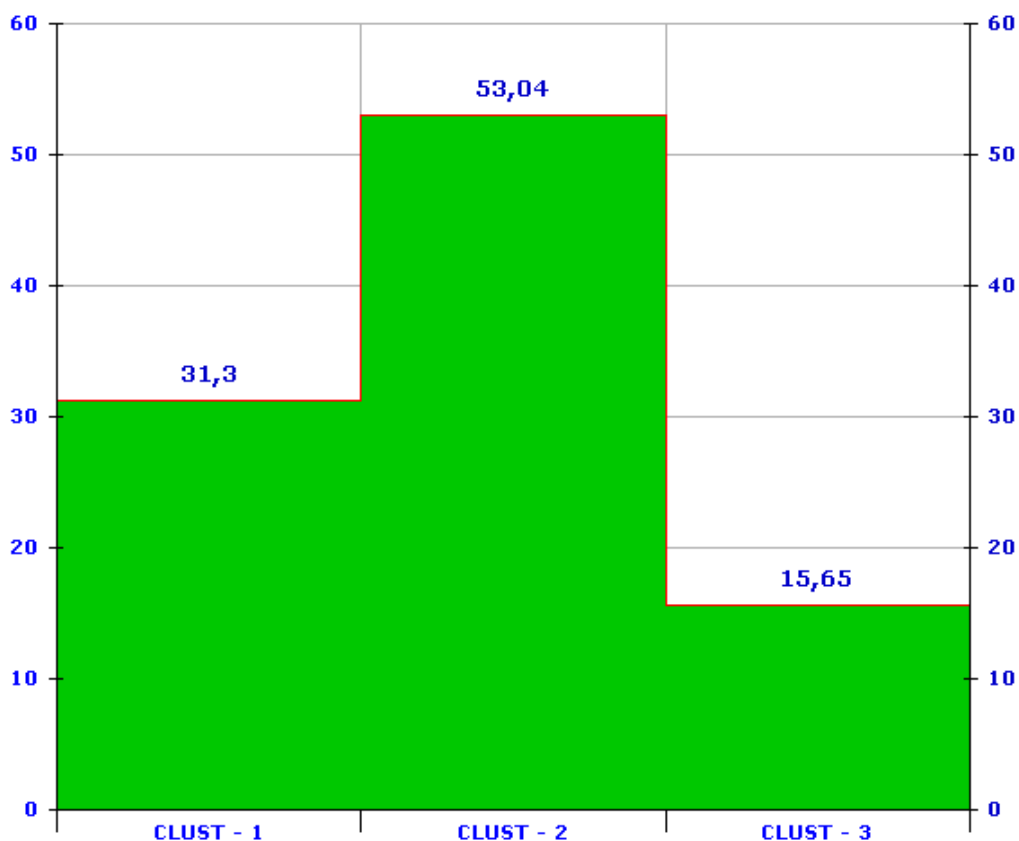
Il grafico 23 mostra l'analisi dei cluster fatta sull'intero corpus dei dati.

Grafico 23 – Analisi dei cluster e posizionamento sugli assi



Inoltre, per facilitare l'interpretazione dell'output, il software consente di visualizzare un istogramma che rende visibile il peso di ogni cluster in termini di varianza spiegata (vedi Grafico 24).

Grafico 24 – Istogramma dei cluster



Il cluster 1 si dispone in modo significativo verso il polo positivo dell'asse delle X e spiega il 31,30% delle unità di testo. Esso raccoglie i lemmi relativi al tema dell'alimentazione, espressa in termini soprattutto individuali e rappresentata in maniera alquanto stereotipata, ossia priva di dimensioni emozionate. Il cluster esprime, quindi, i temi dell'alimentazione, vista piuttosto come "atto dell'alimentarsi" o come aspetto centrale e "asettico" del funzionamento generale dell'essere umano.

Il cluster 2 si posiziona verso il polo negativo dell'asse delle X e spiega il 53,4% delle unità di testo. Le dimensioni che maggiormente emergono riguardano il significato sociale dell'abitudine a fumare, che tra gli studenti sembra fondamentale come comportamento volto al controllo e alla gestione dei rapporti sociali con i pari. Inoltre, appare la paura legata ai rischi di questo comportamento ed emergono dimensioni e rappresentazioni legati alla fase di sperimentazione e di inizio all'abitudine al fumo. Il fatto, poi, che questo cluster abbia ottenuto la più alta percentuale di lemmi significativi (vedi Grafico 24), dimostra

l'importanza del tema fumo di tabacco tra gli studenti e il fatto che questi si presta particolarmente all'emersione di aspetti maggiormente latenti connessi con il suo "senso" sociale.

Infine, il cluster 3 si posiziona nel polo positivo dell'asse delle Y e spiega il 15,65% delle unità di testo. Questo cluster riguarda le dimensioni di sviluppo, in termini di meta-riflessione operata dagli studenti relativamente al senso dei *focus group*. Infatti, qui si raccolgono quei lemmi che identificano il gruppo di lavoro come la possibilità di confrontarsi in maniera interessante e propositiva sui temi dell'alimentazione e del fumo di tabacco e che dimostrano che il senso dello stesso è stato colto dagli studenti.

CONCLUSIONI

La ricerca-intervento condotta presso l'ITCG "Luigi di Savoia Duca degli Abruzzi" negli anni 2007, 2008 e 2009 ha interessato rispettivamente 83, 105 e 139 studenti. L'età media degli studenti coinvolti è tra i 15 e i 16 anni, con una leggera preponderanza della popolazione maschile rispetto a quella femminile (2007, 65%; 2008, 57%; 2009, 58%).

La nostra indagine sugli stili alimentari degli studenti mostra un'alta percentuale di soggetti che saltano la prima colazione, quantificabili in circa 1 studente su 4 (2007, 26%; 2008, 24%; 2009, 25%). Considerata l'importanza di questo pasto per l'equilibrio nutrizionale generale e quotidiano, abbiamo approfondito questo aspetto trovando come primo elemento che chi salta la prima colazione ha un peso medio più alto di chi invece la consuma regolarmente a casa. Infatti, per l'anno 2007 il peso medio di chi fa la prima colazione a casa è di Kg. 62, mentre quello di chi la salta è di Kg. 65. Nel 2008 la differenza scende a un solo chilogrammo (peso medio di chi fa la prima colazione a casa Kg. 65, di chi la salta Kg. 66). Nel 2009, il peso medio degli studenti che consumano la prima colazione a casa è di Kg. 63, mentre quello di coloro che la saltano è di Kg. 66.

Gli studenti che fanno la prima colazione a casa consumano abitualmente quei cibi e quelle bevande che sono alla base della tipica colazione mediterranea. Su tutti il latte (33,2%) e i biscotti (20,4%), con le alternative cereali (7,2%), caffè (6,6%) e cornetto (6,6%).

Anche gli studenti che dichiarano di consumare la prima colazione fuori casa si rivolgono principalmente a questi cibi e bevande. Il latte (33%) è sempre al primo posto, con i biscotti (21,2%) e i cereali (7,8%) a seguire. Tuttavia, questa categoria propone anche alcuni prodotti che sono maggiormente tipici del bar, come il cappuccino (5,6%), la pizza al prosciutto (2,8%) o il ciambellone (2,2%). Come si evince dalle percentuali registrate, questi prodotti rappresentano comunque scelte minoritarie rispetto al latte, i biscotti, i cereali e il caffè che caratterizzano maggiormente la tipica colazione degli studenti, sia quando viene consumata a casa sia quando viene fatta fuori casa.

Un aspetto importante che abbiamo rilevato tra gli studenti è l'alta percentuale di casi di sovrappeso, che è pari a circa 1 studente su 5, calcolando la media dei tre anni della ricerca-intervento (2007, 19,5%; 2008, 24,5%; 2009, 17,6%). Il calcolo dell'Indice di Massa Corporea mostra invece percentuali più basse per i casi di sottopeso (2007, 3,7%; 2008, 3,6%; 2009, 5,2%) e obesità di I grado (2007, 1,9%; 2008, assente; 2009, 5,2%).

Rispetto alla differenza di genere, i dati rilevati mostrano come la condizione di sovrappeso riguarda maggiormente la popolazione maschile per tutti e tre gli anni dell'intervento. Infatti,

i maschi in sovrappeso sono il 22,2% per il 2007; il 26,8% per il 2008 e il 18,2% per il 2009, mentre le femmine in sovrappeso sono il 14,3%; il 21,4% e il 16,7% per i tre anni.

Un'altra tematica importante che riguarda gli stili alimentari degli studenti concerne la questione del consumo quotidiano di frutta e verdura. I dati rilevati negli anni 2007 e 2008 hanno evidenziato uno scarso consumo di questi alimenti, che sono considerati da più parti come fondamentali per un'alimentazione sana. Gli studenti che dichiarano di consumare la frutta quotidianamente sono il 47% nel 2007 e il 56,8% nel 2008; mentre quelli che affermano di consumare la verdura sono il 21,7% nel 2007 e il 40,4% nel 2008.

Nel 2009 abbiamo chiesto agli studenti quante porzioni quotidiane di frutta e verdura consumano. I risultati confermano lo scarso consumo di questi alimenti già emerso nei due anni precedenti. Infatti, il 52% degli studenti ha affermato di non consumare nessuna porzione di frutta e verdura, il 41% di consumarne 1 porzione al giorno, il 26% 2 porzioni, il 10% 3 porzioni, il 5% 4 porzioni e solo il 2% del totale dichiara di consumare 5 porzioni quotidiane di frutta e verdura, così come raccomandato dall'OMS.

Un aspetto interessante è il fatto che gli studenti, pur consumando poca frutta e verdura, sono a conoscenza del fatto che questi cibi sono alla base di un'alimentazione sana. Infatti, nel 2007 la frutta e la verdura sono stati indicati come cibi alla base di un pasto sano dal 72% degli studenti; mentre nel 2008 le percentuali sono del 72% per la frutta e del 76% per la verdura. In tal senso, sembra esserci una relazione inversamente proporzionale tra la conoscenza degli effetti benefici per la salute di frutta e verdura e il consumo regolare degli stessi alimenti.

Le altre abitudini alimentari mostrano come gli studenti consumano il pranzo a casa (2007, 92,4%; 2008, 89,4%; 2009, 89%) e si rivolgono soprattutto a primi piatti (pasta/riso, 2007, 83%; 2008, 83,6%). La merenda pomeridiana mostra il campione dividersi a metà tra chi la consuma a casa (2007, 55,6%; 2008, 58,9%; 2009, 54,1%) e chi la consuma fuori casa (la restante parte degli studenti) Per quanto riguarda la cena, come per il pranzo, rappresenta un pasto da consumarsi a casa (2007, 92,2%; 2008, 95,2%; 2009, 98,5%) ed è caratterizzato da cibi dell'insieme carne/pesce/uova/formaggi (2007, 84%; 2008, 78,8%), pane (2007, 52%; 2008, 43,5%) e da salumi/affettati (2007, 36,1%; 2008, 39,3%).

Con riferimento agli stili di vita in termini di attività fisica/sedentarietà, il dato più interessante che abbiamo raccolto riguarda le ore trascorse davanti ad uno schermo (televisione, computer, play station ecc.). Abbiamo rilevato un'alta percentuale di studenti

che dichiarano di trascorrere da 4/5 ore a più di 5 ore davanti a uno schermo (2007, 41%; 2008, 24,2%; 2009, 28%).

Rispetto al fumo di tabacco, la percentuale di fumatori regolari non è affatto bassa, soprattutto in considerazione dell'età media degli studenti che hanno risposto al questionario (15-16 anni). Questi sono il 21% nel 2007; il 33% nel 2008 e il 24% nel 2009. Essendo questa un'età in cui si inizia il proprio rapporto con la sigaretta, che si consolida pian piano quale "vizio" negli anni, ci siamo concentrati su quegli studenti che dichiarano di essere fumatori occasionali (2007, 15%; 2008, 12%; 2009, 16%). Questa categoria è quella su cui maggiormente bisognerebbe far leva, in quanto non sono ancora dei fumatori incalliti ed è quindi più facile ottenere un cambiamento comportamentale attraverso l'intervento di educazione alla salute. Inoltre, mentre la percentuale dei fumatori regolari rientra nella media generale dei fumatori (che è attorno al 27-30% della popolazione), la somma dei dati sui fumatori regolari e quelli occasionali rilevati a scuola conduce a medie più alte di quelle della popolazione di riferimento per tutti e tre gli anni (2007, 36%; 2008, 45%; 2009, 40%).

Tra i fumatori regolari, il numero di studenti che possiamo considerare come "forti fumatori" è abbastanza alto, laddove coloro che dichiarano di fumare da più di 10 a 25 sigarette al giorno sono il 34,8% nel 2007; il 40% nel 2008 e il 38,5% nel 2009.

Con il questionario sul fumo che abbiamo somministrato agli studenti (ossia il test di Fagerstrom) ci siamo volti soprattutto all'individuazione degli stili principali dei fumatori regolari. In tal modo, abbiamo visto come questi accendono la prima sigaretta soprattutto dopo un'ora dal risveglio (2007, 60%; 2008, 44,4%; 2009, 55,1%), compatibilmente con l'arrivo a scuola e con la "socializzazione" dell'atto del fumare. Inoltre, dai dati raccolti si evidenzia come gli studenti che sono fumatori regolari non considerano al momento particolarmente importante smettere di fumare (totale "abbastanza e non molto importante", 2007, 76,6%; 2008, 61,7%; 2009, 67,9%). In linea con questo dato, emerge anche una scarsa determinazione a smettere di fumare (totale "abbastanza e non molto importante", 2007, 76,7%; 2008, 87,2%; 2009, 92,3%) che dimostra da un lato l'importanza per così dire "sociale" di questa abitudine, mentre, dall'altra, la necessità di continuare a lavorare sulla dimensione motivazionale degli studenti che sono fumatori regolari.

Il questionario prevede anche una domanda che cerca di indagare il desiderio di smettere di fumare. Il primo tra i motivi legati al desiderio di smettere di fumare è "per non ammalarmi in futuro" (2007, 35,7%; 2008, 51,1%; 2009, 33%) seguito da "fumare costa troppo" (2007, 50%; 2008, 29,8%; 2009, 31,3%). Interessante il fatto che alle possibilità "la mia salute ne sta

soffrendo ora” e “per la mia famiglia” non siano state indicate con percentuali particolarmente alte.

Per quanto riguarda gli stili alimentari, l’analisi statistica che abbiamo svolto concerne l’incrocio tra il saltare la prima colazione e lo stato di sovrappeso, rapporto che, come abbiamo visto, è riportato in letteratura scientifica come aspetto significativo. Questa *cross tabulation* si è dimostrata statisticamente significativa per l’anno 2007 (Chi Quadro 10.53 $p < 0.015$) e ci porta a concludere che saltare la prima colazione aumenta le possibilità di essere in sovrappeso. Per gli anni 2008 e 2009, il rapporto mostra una certa coerenza, seppur non confortata da significatività statistica. Infatti, nel 2008 la percentuale di coloro che saltano la prima colazione e sono in sovrappeso è più alta di quelli che la consumano e si trovano nella stessa condizione (36% contro 22,1%). Inoltre, i casi di normopeso sono maggiori tra gli studenti che dichiarano di consumare la prima colazione rispetto a quelli che affermano di saltarla (74% contro 64%). Per l’anno 2009, si riscontra il 24% di casi di sovrappeso tra coloro che saltano la colazione, rispetto al 14,8% di quelli che la consumano. I casi di normopeso sono anche qui maggiori per la categoria che consuma la prima colazione (72,3%) rispetto a coloro che la saltano (67,7%).

Gli incroci sulle abitudini al fumo degli studenti mostrano come il livello di CO espirato è molto più alto nei fumatori (2007, 10,6; 2008, 9,4; 2009, 7,8) rispetto ai non fumatori. Questo dato, immediatamente visibile agli studenti, si è rivelato utile anche in termini educativi, laddove ha portato alcuni studenti a riflettere seriamente sugli effetti negativi del fumo di tabacco per la propria salute.

L’analisi del testo, svolta sulla base dei testi raccolti alla fine dei *focus group* e con l’ausilio del software T-LAB, si è centrata sull’analisi delle corrispondenze e l’analisi dei cluster. L’analisi delle corrispondenze ha visto l’emergere di due fattori principali. Il primo si organizza attraverso l’opposizione “alimentazione” – “fumo di tabacco” e il secondo tra “dimensione individualistica (pranzo)” – “dimensione gruppale (*focus group*)”

Il polo “alimentazione” del fattore 1 mostra come il discorso degli studenti si organizzi soprattutto su una dimensione individualistica, dove il cibo viene visto nel suo aspetto “fisico”, ossia come basilare per la crescita e dove gli studenti non sembrano implicati. La visione che emerge è alquanto stereotipata e poco simbolizzata emotivamente.

Il polo opposto del fattore 1, ossia “fumo di tabacco”, propone invece maggiori dimensioni sociali o gruppali. Le dimensioni implicite che emergono sembrano collegate al bisogno di fumare per organizzare i rapporti sociali, gestire lo stress che ne deriva e appartenere al

gruppo dei pari. Tali dimensioni si evincono dai principali lemmi e segmenti di testo emersi e analizzati e che sono riportati nel capitolo quinto dedicato all'analisi dei dati qualitativi e testuali.

Il polo "dimensione individualistica (pranzo)" del fattore 2 propone alcune dimensioni di piacere legate al pranzo e lemmi e segmenti che dimostrano problematiche di tempo e di organizzazione.

Il polo opposto "dimensione gruppale (*focus group*)" fa emergere invece la dimensione di sviluppo collegata al gruppo svolto che è risultato essere interessante per gli studenti in base alla possibilità di confronto e meta-riflessione che lo ha caratterizzato.

Sulla base dell'analisi delle corrispondenze, l'analisi dei cluster ha permesso l'individuazione di tre cluster principali che sono quindi "alimentazione", "fumo di tabacco" e "dimensione di sviluppo". Il cluster che ha avuto maggiore riscontro è quello del "fumo di tabacco" (53,04%) Ciò sembra dimostrare come questo tema si presti a maggiori associazioni, all'emergere di più fantasie e si centri su rappresentazioni sociali che mostrano una certa "risonanza" tra gli studenti. Gli altri due cluster "alimentazione" e "dimensione di sviluppo" hanno ottenuto rispettivamente il 31,3% e il 15,65% dei lemmi totali.

L'obiettivo generale della ricerca-intervento è stato quello di creare una cultura della salute. Un obiettivo, questo, che si basa sulla possibilità di contribuire al cambiamento comportamentale verso stili di vita sani. In questi termini, valutare l'efficacia dell'intervento significa contribuire a portare gli studenti verso stili alimentari sani ed equilibrati e verso una vita senza fumo di tabacco. Al momento, abbiamo proposto una ricerca-intervento centrata sulla conoscenza del contesto scolastico e dei comportamenti in termini di salute, che è condizione necessaria, e analizzato alcuni incroci interessanti e alcune dinamiche implicite alla base dei comportamenti manifesti. Il prosieguo del lavoro si centererà su questi studi al fine di identificare le "buone pratiche" di ricerca e intervento che possano fungere da base per la riprogettazione dell'intervento negli anni successivi con l'obiettivo di trovarne l'efficacia in termini di sviluppo di stili di vita salutari.

BIBLIOGRAFIA

1. Aggleton, P., Homans, H. (Eds.) (1988). *Social aspects of AIDS*. Falmer Press, Lewes.
2. Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, Prentice hall, New York.
3. Amerio, P., Boggi Cavallo, P., Palmonari, A., Pombeni, M.L. (1990). *Gruppi di adolescenti e processi di socializzazione*. Il Mulino, Bologna.
4. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass, San Francisco.
5. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco.
6. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*; 36:725–33.
7. Arcuri, L. (1995). *Manuale di psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna.
8. Ash, S.E. (1956). Studies of independence and conformity: a minority of one against unanimous majority. *Psychological Monographs*, 70, Whole No. 461.
9. Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press, New York.
10. Bandura, A. (1997). *Il senso di autoefficacia*. Erickson, Trento.
11. Bandura, A. (A cura di) (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Erickson, Trento.
12. Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice Hall, Englewood cliffs.
13. Banegas, J.R. (2002). A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. Department of Preventive Medicine and Public Health, Autonomous University of Madrid.
14. Barnekow, V. (2006). The European network of health promoting schools – from Iceland to Kyrgyzstan. *Promotion and Education XIII*, 3-4, IUHPE, Paris.
15. Barnekow, V., Rivett, D., Burgher, M.S. (1999). *The European network of health promoting schools: the alliance of education and health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
16. Bergstrom, A. et. al. (2001). Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*, 91:421-430.
17. Berkey, C.S., Rockett, H.R., Gillman, M.W., Field, A.E., Colditz, G.A. (2003). Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Oct; 27(10): 1258-66.
18. Bertini, M., Braibanti, P., Gagliardi, M.P. (a cura di) (2006). *La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola: il modello “skill for life” 11-14 anni*. Franco Angeli, Milano.
19. Bevilacqua, N., Censi, L., Cairella, G., Martone, D., Piccinelli, R., D’Addesa, D. (2006). *Obesità e prima colazione in un gruppo di bambini di terza elementare del Lazio*. *Ann Ig*.
20. Bion, W.R. (1971). *Apprendere dall’esperienza*. Armando, Roma.
21. Bion, W.R. (1972). *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma.
22. Blos, P. (Ed.) (1979). *The adolescent passage: developmental issues*. International Universities Press, New York.
23. Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio: comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Giunti, Firenze.
24. Bostock, Y. (2003). *Searching for the solution: women, smoking and inequalities in Europe*. Health Development Agency, National Health Service, London.
25. Brescianini, S., Gargiulo, L., Gianicolo, E. (Ed.) (2002). *Eccesso di peso nell’infanzia e nell’adolescenza*. Convegno Istat; settembre 2002.
26. Bronfenbrenner, U. (1979). *L’ecologia dello sviluppo*. Tr. It. Il Mulino, Bologna.
27. Cacciari, E., Dilani, S., Balsamo, A., Dammacco, F., De Luca, F., Chiarelli, F., Pasquino, A.M., Tonini, G., Vanelli, M. (2002). Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20y). *European J Clin Nutr*;56:171-180.

28. Carli, R. (2001). *Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola.* Franco Angeli, Milano.
29. Carli, R., Paniccia R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi.* Franco Angeli, Milano.
30. Couyomdjian, A., Baiocco, R., Del Miglio, C. (2006). *Adolescenti e nuove dipendenze.* Laterza, Roma-Bari.
31. Crosswaite, C., Currie, C., Young, I. (1996). The European network of health promoting schools: development and evaluation in Scotland. *Health Education Journal*, Vol.55, pp 450-456.
32. Depolo, M. (1998). *Psicologia delle organizzazioni.* Il Mulino, Bologna 1998.
33. Deutsch, M, Gerard, H.B (1955). A study of normative and informational social influence upon individual judgement. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 51, pp. 629-636.
34. Dietz, W.H. (2004). Overweight in childhood and adolescence. *N Engl J Med*. Feb 26;350(9):855-7.
35. Dietz, W.H., Robinson, T.N. (1998). Use of the Body Mass Index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr* 1998; 132: 191-193.
36. Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis.* Norton, New York.
37. Ewles, L., Simnett, I. (1989). *Educazione alla salute, una metodologia operativa.* Sorbona Edizioni Didattiche, Milano.
38. Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitude toward that object. *Human Relations*, 233-240.
39. Francescato, D. (1996). Empowerment personale, di gruppo e sociale. In Arciadiacono, C., Gelli, B., Putton A. *Empowerment sociale.* Franco Angeli, Milano.
40. Galimberti, U. (a cura di) (1999). *Dizionario di psicologia.* Garzanti, Milano.
41. Gardner, H. (1995). *L'educazione delle intelligenze multiple. Dalla teoria alla prassi pedagogica.* Anabasi, Milano.
42. Ginzburg, C. (1986). *Spie. Radici di un paradigma indiziario.* In Ginzburg, C. *Miti, emblemi, spie.* Einaudi, Torino.
43. Goleman, D. (1996). *Intelligenza emotiva.* Rizzoli, Milano.
44. Green, L.V. et. al. (1980). *Health education planning: a diagnostic approach.* Mayfield Publishing Company, Palo Alto.
45. Green, L.W., Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach.* 4th edition. McGraw-Hill Higher Education, New York.
46. Guarino, A. (2007). *Fondamenti di educazione alla salute,* Franco Angeli, Milano.
47. Guarino, A., Serantoni, G., Vitiello, A., Lopez E. (2006). L'esigenza di indagine degli atteggiamenti nella rilevazione epidemiologica: presentazione del Q.C.R. – forma 14-18 anni (Questionario d'indagine sui comportamenti a rischio). In Cingolani, E., Palestrini, L. (a cura di). *Promuovere benessere con persone, gruppi, comunità. Il ponte vecchio,* Cesena.
48. Guilbert, J.J. (1981). *Guida pedagogica,* Armando, Roma.
49. ISTAT, (2000). *I cittadini e il tempo libero. Pratica sportiva, attività fisica e sedentarietà. Indagine multiscopo sulle famiglie.*
50. Istituto Superiore di Sanità – ISS, *Rapporto ISTISAN (2008). La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni.* A cura di De Santi, A., Guerra, R., Morosini, P. IV.
51. Jensen, B.B., Simovska, V. (2002). *Models of health promoting schools in Europe,* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
52. Joffe, M., Robertson, A. (2001). The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in European Union. *Public Health Nutrition*, 4(4):893-901.
53. Kawachi, I., Kennedy, B., Wilkinson, R.G. (1999). *The society and population health reader: income, inequality and health.* New Press, New York.
54. Koehler, W. (1960). *L'intelligenza nelle scimmie antropoidi.* Universitaria, Firenze.

55. Krueger, R.A. (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research*, Beverly Hill Sage, London.
56. Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi: introduzione all'uso di T-LAB*. Franco Angeli, Milano.
57. Laverack, G. (2004). *Health promotion practice: power and empowerment*. Sage publications, London.
58. Laverack, G. (2005). *Public health: power, empowerment and professional practice*. Palgrave Macmillan, London.
59. Laverack, G. (2007). *Health promotion practice: building empowered communities*. McGraw Hill, London.
60. Lindström, B., Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, Vol. 21 No. 3.
61. Lindström, B., Eriksson, M. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International* 23(2):190-199.
62. Livingstone, B. (2000). Epidemiology of childhood obesity in Europe. *Eur J Pediatr* 159: [Suppl 1] S14-S34.
63. Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. In Adelson, L. (a cura di). *Handbook of adolescent psychology*. Wiley, New York.
64. Marcia, J.E. (1983). The ego identity status approach to ego identity. In Marcia, J.E. Waterman, A.S., Matteson, D.R., Archer, S.L., Orlofsky, J.L. (a cura di). *Ego identity: a handbook for psychosocial research*, Springer Verlag, New York.
65. Marmot, M. (2003). Understanding social inequalities in health. *Perspect Biol Med*, 46:S9–23.
66. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365:1099–104.
67. Marmot, M., Davey Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants; the Whitehall II study. *Lancet*, 337: 1387-1393.
68. Marmot, M., Wilkinson, R.G. (1999). *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford.
69. Marmot, M.G., Shipley, M.J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*, 313:1177-1180.
70. Maturana, H, Varela, F.J. (2001). *Autopoiesi e cognizione, la realizzazione del vivente*. Marsilio Editore, Venezia.
71. Milburn, K. (1995). A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research*, Vol. 10, No 4, 407-420, Oxford University Press, Oxford.
72. Modolo, M.A., Seppilli, A., Briziarelli, L., Ferrari, A. (1993). *Educazione sanitaria*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
73. Montagna, M.T., Quaranta, A., Montagna, O. (2009). *Educazione alla salute in età pediatrica*, Cacucci Editore, Bari.
74. Moscovici, S. (1988). *La fabbrica degli dei*. Tr. It. Il Mulino, Bologna.
75. Moscovici, S. (1992). Dalle rappresentazioni collettive alle rappresentazioni sociali: elementi per una storia. In Jodelet, D. (a cura di). *Le rappresentazioni sociali*. Liguori, Napoli.
76. Moscovici, S. (a cura di) (1989). *Psicologia sociale*. Tr. It. Borla, Roma.
77. Must, A., Strauss, R.S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 23(suppl):s2-11.
78. Oprandi, N. (2001). *Focus group, breve compendio teorico-pratico*. Emme&erre, Padova.
79. World Health Organization (1996). *The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons*. Ed. it. Schena, F., Menna, F. (a cura di) (1999). *Le Linee guida di Heidelberg per la promozione dell'attività fisica per le persone anziane*. *Med Sport*, 52(4), 324-328.

80. Paavola, S. (2004). Abduction as a logic of discovery: the importance of strategies. *Foundation of Science* 9 (3).
81. Paavola, S. (2004). Abduction through grammar, critic and methodetic. In *transaction of the Charles S. Peirce Society: A Quarterly Journal in American Philosophy* 40(2), 245270 <http://www.helsinki.fi/science/commens/>
82. Palmonari, A. (a cura di) (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna.
83. Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes. An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Oxford University Press, London. Tr. it. (1966). *I riflessi condizionati*. Boringhieri, Torino.
84. Pavlov, I.P. (1935). *Uslovnij refleks*. Tr. it. (1969). *Il riflesso condizionato*. In *psicopatologia e psichiatria*. Editori Riuniti, Roma.
85. Peirce, C.S. (1931-1966). *Collected papers of C.S. Peirce*. 8 vols., ed. Hartshorne, C., Weiss, P., Burks, A.W.
86. Peirce, C.S. (1982). *Writings of C.S. Peirce: a chronological edition*. 6 vols., eds. Hartshorne, C., Weiss, P., Burks, A.W. and the Peirce Edition Project.
87. Pellai, A. (1999). *Teen television. Gli adolescenti davanti e dentro la TV*. Franco Angeli, Milano.
88. Pellai, A., Boncinelli, S. (2002). *Just do it! I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia*. Franco Angeli, Milano.
89. Pellai, A., Tamburini, B. (2003). *L'adolescenza. Le sfide del diventare grande*. Mc Graw Hill, Milano
90. Piaget, J. (1928). *Psicopedagogia e mentalità infantile*. Tr. it. (1970). Le Monnier, Firenze.
91. Piaget, J. (1930-1965). *Dal bambino all'adolescente: la costruzione del pensiero*. Tr. it. (1969). La Nuova Italia, Firenze.
92. Piccardo, C. (1995). *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*. Cortina Editore, Milano.
93. Pietrantoni, L. (2001). *La psicologia della salute*, Carocci, Roma.
94. Pocaterra, R., Gulli, G. (2007). *Orientarsi a scuola vol II*. Fondazione IARD, Milano.
95. Pocetta, G., Garista, P., Tarsitani, G. (2009). *Alimentare il Benessere della Persona*. Società Editrice Universo, Roma.
96. Proni, G. (1981). *Genesi e senso dell'abduzione in Peirce*. Versus 28. Bompiani, Milano.
97. Putton, A. (1999). *Empowerment e scuola: metodologie di formazione nell'organizzazione educativa*. Carocci, Roma.
98. Rappaport, J. (1987). *Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology*. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
99. Rotter, J.B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements*. *Psychological Monographs*, 80, Whole No. 609.
100. Rotter, J.B. (1975). *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
101. Rubin, E. (1921). *Visuell wahrgenommene figuren*. Gyldendal, Kopenhagen.
102. Schonberger, R., Fagerstrom, K.O., Kunze, M. (1995). *Psychological and physiological dependence in smokers and there effect on motivation for smoking cessation*. *Wien. Med. Wochenschr.*, 145(4): 70-3.
103. Scott, C.D., Jaffe, D.T. (1994). *Empowerment. Come creare un ambiente di lavoro responsabilizzato*. Franco Angeli, Milano.
104. Sherif, C.W. (1980). *Social values, attitudes, and involvement of the self*. In Page, M.M. (a cura di). *Nebraska Symposium on Motivation: beliefs, attitudes and values*. University of Nebraska Press, Lincoln.
105. Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey.
106. Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan, New York.

107. Stark, D. et. al. (1981). Longitudinal study of obesity in the National Survey of Health and Development. *British Medical Journal*, 283:12-17.
108. Thorndike, E.L. (1931-1968). *Human learning*. M.I.T. Press, Cambridge.
109. Tolman, E.C. (1960). *Purposive behaviour in animals and men*. Meredit, Publishing Company. Tr. It. (1983). *Il comportamento intenzionale negli animali e negli uomini*, Armando, Roma.
110. Tones, K., Tilford, S. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. 2nd ed. Chapman & Hall, London.
111. Vygotskij, L.S. (1980). *Il processo cognitivo*. Boringhieri, Torino.
112. Wilkinson, R.G. (1992). Income distribution and life expectancy, in *BMJ*, 304 pp. 165-168.
113. World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. WHO, Geneva.
114. World Health Organization (1997). *ENHPS, first Conference of the European Network of Health Promoting Schools. The health promoting school – an investment in education, health and democracy: conference report, Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
115. World Health Organization (1997). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997*.
116. World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO, Geneva.
117. World Health Organization (1999). *Health 21 - Health for All in the 21 century*. WHO, Geneva.
118. World Health Organization (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. WHO, Geneva 2005. www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html ISBN 92-4-156300-1
119. World Health Organization (2005). *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. WHO, Geneva.
120. World Health Organization (2006). *Nutrition, physical activity and prevention of obesity: recent policy developments in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
121. Young, I., Williams, T. (1989). *The healthy school, report by the scottish health education group for World Health Organization*, WHO, Geneva.

SITOGRAFIA

1. http://www.istat.it/dati/catalogo/20041201_01/ - ISTAT.
2. <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp> - ISS, Epicentro. Gli studi trasversali PASSI 2005-2006.
3. www.retepromozionesalute.it - Rete Italiana Centri di Documentazione per la Prevenzione e la Promozione della Salute.
4. <http://www.iotf.org/> - International Obesity Task Force.
5. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf - Ministero della Salute (2007). *Guadagnare salute*.
6. http://www.epicentro.iss.it/archivio/2004/29-1_2004/LineeGuida%20attivit%C3%A0%20fisica.pdf - ISS, Epicentro. *La promozione dell'attività fisica. Linee guida della Task Force per i servizi preventivi di comunità*.
7. <http://www.tlab.it> - Lancia, F. (2002). *La logica di un testoscopio*.
8. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf - Ministero della Salute (2007). *Guadagnare Salute*.
9. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf - Ministero della Salute, *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*.
10. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_674_allegato.pdf - Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione 2005-2007*.

11. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf - World Health Organization (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO, Geneva ISBN 92-4-156300-1.
12. http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT_progettoAdolescenti.pdf - Report finale Guadagnare Salute in adolescenza: ricognizione delle esperienze di prevenzione e promozione della salute in Italia
13. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/index.htm> - World Health Organization (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. WHO, Geneva.
14. http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/report_whp_2007.pdf - Regione Piemonte, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità. Alimentazione e attività motoria, prove di efficacia e buone pratiche.
15. <http://www.inran.it> - Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
16. www.who.int - World Health Organization.
17. www.ccm-network.it - Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie.
18. www.iss.it - Istituto Superiore di Sanità.
19. www.epicentro.iss.it - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
20. www.dors.it - Centro di Documentazione per la promozione della Salute, Regione Piemonte.

APPENDICE 1 - QUESTIONARIO SU ALIMENTAZIONE/ATTIVITÀ FISICA

– ALIMENTAZIONE

1. Dove consumi abitualmente i pasti?

	A casa	Fuori casa
a) Prima colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Spuntino a metà mattinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Merenda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Fai la prima colazione?

Sì, a casa Sì, fuori casa No

2.1 Se sì, cosa mangi abitualmente _____

3. Cosa mangi *abitualmente a pranzo*?

- a) Pasta/Riso
- b) Minestrone
- c) Pasta e legumi
- d) Carne/pesce/uova/formaggi
- e) Salumi/Affettati
- f) Pane
- g) Panino
- h) Verdura
- i) Patate
- j) Dolci
- k) Frutta

4. Cosa ti piacerebbe mangiare a pranzo?

- a) Pasta/Riso
- b) Minestrone
- c) Pasta e legumi
- d) Carne/pesce/uova/formaggi
- e) Salumi/Affettati
- f) Pane
- g) Panino
- h) Verdura
- i) Patate
- j) Dolci
- k) Frutta

5. Identifica fino a tre piatti/tipi di alimenti che non sceglieresti mai a pranzo.

- a) Pasta/Riso
- b) Minestrone
- c) Pasta e legumi
- d) Carne/pesce/uova/formaggi
- e) Salumi/Affettati
- f) Pane
- g) Panino
- h) Verdura
- i) Patate
- j) Dolci
- k) Frutta

6. Cosa mangi abitualmente a cena?

- a) Pasta/Riso
- b) Minestrone
- c) Pasta e legumi
- d) Carne/pesce/uova/formaggi
- e) Salumi/Affettati
- f) Pane
- g) Panino
- h) Verdura
- i) Patate
- j) Dolci
- k) Frutta

7. Quali alimenti combineresti in un pasto sano?

- a) Pasta/Riso
- b) Minestrone
- c) Pasta e legumi
- d) Carne/pesce/uova/formaggi
- e) Salumi/Affettati
- f) Pane
- g) Panino
- h) Verdura
- i) Patate
- j) Dolci
- k) Frutta

– ATTIVITÀ FISICA

1. Quante ore al giorno stai davanti ad uno schermo (televisione, computer, play station)?

- Mai 1ora 2/3 ore 4/5 ore più di 5 ore

2. Raggiungi la scuola a piedi?

Si No Qualche volta

3. Fai uno sport dopo scuola?

Si No

3.1 Se sì cosa: Calcio Danza Ginnastica Nuoto Altro
Specificare _____

4. Quante volte a settimana?

1 volta 2-3 volte tutti giorni

5. Fai giochi all'aria aperta?

No Sì

6. Quante ore a settimana?

1 ora 2/3 ore 4/5 ore più di 5 ore

VERSIONE 2009 DEL QUESTIONARIO

– STILE DI VITA ED ALIMENTAZIONE

1. Dove consumi abitualmente i pasti?

	A casa	Fuori casa
f) Prima colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Spuntino a metà mattinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Merenda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Fai la prima colazione?

Sì, a casa Sì, fuori casa No

3. Alla fine della giornata, complessivamente, quante porzioni di frutta e verdura hai mangiato ?

Non si può calcolare perché dipende dalle giornate

In media al giorno: 1 porzione 2 porzione 3 porzione
4 porzione 5 porzione

4. Quante ore al giorno stai davanti ad uno schermo (televisione, computer, play station) ?

Mai 1ora 2/3 ore 4/5 ore più di 5 ore

5. Con che frequenza pratichi sport?

Quotidianamente 2-4 volte a settimana 1 volta a settimana
saltuariamente mai

APPENDICE 2 – QUESTIONARIO SUL FUMO

1. Fumi sigarette?

- a) No, non sono mai stato un fumatore
- b) No, sono un ex-fumatore
- c) Si, fumo ma solo ogni tanto
- d) Si, fumo regolarmente

Se hai risposto A

Ti è mai capitato di fumare oppure non hai proprio mai fumato una sigaretta?

- a) Si, mi è capitato
- b) No, non mi è mai capitato

Se hai risposto B

Che cosa ti ha spinto a smettere di fumare? _____

Se hai risposto C oppure D per favore continua il questionario.

2. Quanto tempo dopo il risveglio accendi la prima sigaretta?

- a) Entro 5 minuti
- b) Entro mezz'ora
- c) Entro un'ora
- d) Dopo un'ora

3. Trovi difficile non fumare nei luoghi in cui è vietato?

- a) Si
- b) No

4. A quale sigaretta faresti più fatica a rinunciare?

- a) La prima del mattino
- b) Qualsiasi

5. Quante sigarette fumi al giorno? _____

6. Fumi di più al mattino che durante il resto della giornata?

- a) Si
- b) No

7. Fumi anche quando sei al letto con qualche malattia?

- a) Si
- b) No

8. Qual è il contenuto di nicotina delle sigarette che fumi?

- a) Meno di 0,8 mg.
- b) Da 0,8 a 1,5 mg.
- c) Più di 1,5 mg.

9. Aspiri il fumo?

- a) Mai
- b) A volte
- c) Sempre

10. Quanto è importante per te smettere di fumare?

- a) Disperatamente importante
- b) Molto importante
- c) Abbastanza importante
- d) Non molto importante

11. Quanto sei determinato a smettere?

- a) Estremamente determinato
- b) Molto determinato
- c) Abbastanza determinato
- d) Non del tutto determinato

12. Perché desideri smettere di fumare? (Per questa domanda puoi anche non rispondere oppure dare più di una risposta).

- a) La mia salute ne sta soffrendo ora
- b) Per non ammalarmi in futuro
- c) Fumare costa troppo
- d) Sono spinto da altri
- e) Per la mia famiglia

13. Pensi di riuscire a smettere?

- a) Sono quasi sicuro
- b) È molto probabile
- c) È abbastanza probabile
- d) Non è molto probabile
- e) È poco probabile
- f) È quasi impossibile