

La Promozione della Salute tra scuola e territorio: dai dati di ricerca alla progettazione di un intervento, l'esperienza del progetto Sailor

Massimo Miglioretti

Studio Co.S.S.-Consulenza Servizi per la Salute

Corso Pascoli 7, 10135 Torino

e-mail: studiocoss@yahoo.it

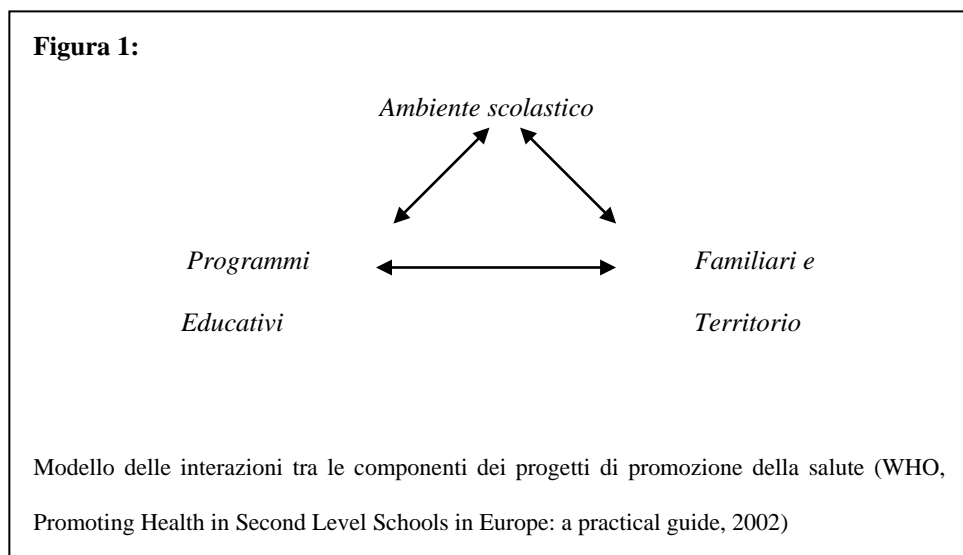
Introduzione

La spiegazione dei comportamenti a rischio per la salute in adolescenza si è avvalsa di numerosi modelli teorici, che si differenziano rispetto al livello di analisi adottato.

La psicologia sociale della salute di derivazione anglosassone (social cognition) ha messo in primo piano il ruolo dei processi cognitivi che si sviluppano a livello intraindividuale: i comportamenti sono spiegabili attraverso la comprensione delle percezioni, delle credenze, degli atteggiamenti degli individui. Gli studi di psicologia dell'adolescenza hanno invece sottolineato come la spiegazione dei comportamenti a rischio per la salute possa essere interpretata non soltanto tramite variabili individuali dell'adolescente, ma mettendo in gioco anche le loro relazioni sociali, in particolare la famiglia, il gruppo dei coetanei e la scuola (Cicognani, 2004). Un intervento di promozione della salute per gli adolescenti probabilmente deve riuscire a tenere insieme queste diverse componenti.

Recenti esperienze di "Health Promoting School" sottolineano l'importanza di progetti multifattoriali dove convivono fasi di ricerca, sviluppo di programmi d'apprendimento specifici, formazione per gli insegnanti, interventi di operatori sanitari, coinvolgimento della comunità (Lee e al., 2003; Durlak e al., 2003). Le linee guida suggerite nel volume *Promoting Health in Second Level Schools in Europe: a practical guide* (WHO, 2002) propongono:

- Un modello sistemico di promozione della salute che sviluppi interazioni scuola-territorio considerando sia lo sviluppo strategico dell'organizzazione scolastica, sia la compresenza dei diversi attori sociali intra ed extra-scolastici. (figura 1)



- Un modello interattivo di costruzione di azioni preventive e di elaborazione di prodotti e di eventi di comunicazione all'interno di un paradigma di *cooperative-learning*.
- Un modello interdisciplinare (*cross-curricular*) che produca connessioni cognitive e favorisca una maggiore integrazione tra insegnamenti disciplinari.

Il progetto Sailor, che questo lavoro si propone di presentare, si muove in questa prospettiva: ha preso le forme di un progetto integrato per la promozione della salute degli adolescenti e dei preadolescenti di un territorio in quanto, seppur promosso in prima istanza dagli istituti scolastici e dalle istituzioni amministrative, ha visto, a poco a poco, il coinvolgimento dei diversi servizi che si occupavano di promozione della salute per questa fascia di età. Allo stesso tempo, il progetto Sailor, basato sui principi della ricerca-azione, ha visto in sé il confluire di diverse metodologie di intervento, identificate di volta in volta, alla luce delle esigenze evidenziate nelle

prime fasi di ricerca e di confronto tra i coordinatori, all'interno di un processo di co-costruzione degli interventi e dei processi comunicativi.

Il contesto

Il progetto Sailor è stato attuato nel comune di Chivasso, ma ha coinvolto un bacino di utenza ben più vasto, in quanto in esso sono concentrati plessi scolastici che raccolgono un'utenza proveniente da tutto il basso Canavese. Sul territorio sono presenti tre plessi di scuole secondarie superiore (liceale, professionale e tecnico) e una scuola media inferiore con circa 3000 studenti. Contesto privilegiato dell'intervento sono stati i plessi della scuola secondaria superiore, anche se, in alcune tappe del progetto sono stati coinvolti anche gli studenti della scuole medie inferiori. Sul territorio insistono diverse realtà che, a vario titolo, svolgono attività di promozione della salute: Centro Intercomunale Servizi Sociali, ASL, Centro Giovani Comunale, associazionismo. Essi sono stati coinvolti, con diverse modalità, nello sviluppo e nell'attuazione del progetto.

Gli attori.

Il progetto Sailor, proponendosi come modello multifattoriale, prevedeva un lavoro di rete tra diversi attori. Esso riconosceva nella scuola e nel territorio i nodi cardine della promozione della salute e per questo identificava come soggetto promotore e attuatore il comune di Chivasso e il liceo Newton, scuola che aveva già iniziato al suo interno negli anni precedenti un percorso di promozione della salute e che, anche per la sua grandezza, poteva fare da ente di collegamento tra le varie realtà scolastiche del territorio. Questi due enti erano poi coadiuvati nella progettazione e realizzazione del progetto dai servizi del territorio in quanto portatori di una competenza specifica riguardo alla promozione della salute e dallo studio Co.S.S., Consulenza Servizi per la Salute, in quanto supervisore scientifico del progetto. Per il coordinamento dell'intero progetto si sono sviluppati due tavoli di lavoro: un

primo di coordinamento complessivo retto dallo studio Co.S.S. di Torino per conto dell'ente promotore che raccoglieva i membri dei diversi servizi territoriali e i responsabili delle commissioni salute delle scuole; il secondo interno ad ogni scuola, guidato da un membro dello studio Co.S.S. con l'obiettivo di promuovere le diverse commissioni salute.

Le fasi del progetto Sailor

Il progetto Sailor si è sviluppato nelle seguenti fasi:

1. **Negoziazioni iniziali con le scuole:** il progetto nasce dal desiderio di ampliare al territorio un primo processo di ricerca azione svolto negli anni precedenti presso il plesso liceale. Pertanto la prima fase del progetto è stata segnata da un lavoro di sensibilizzazione sul tema della promozione della salute sia tra le altre scuole del territorio, sia presso le istituzioni e gli enti. Azione svolta prevalentemente dal plesso liceale.
2. **Ricerca sui comportamenti di salute:** è il primo momento operativo del progetto. Questa fase si basa sulla somministrazione a tutti gli studenti delle scuole secondarie superiori del Questionario dei Comportamenti di Salute: strumento già utilizzato in precedenti ricerche sui comportamenti di salute nella popolazione giovanile (Miglioretti, Munafò, & Pravettoni, 2002) e versione adattata per la realtà italiana del Health and Behavior Survey (Wardle, Steptoe, 1991; Steptoe, Wardle, 1996; Pravettoni, Miglioretti, Zotti, 2001; Steptoe, Wardle, Cui, e al., 2002). Il Questionario dei Comportamenti di Salute è formato da 5 sezioni: la sezione A è dedicata alla raccolta dei dati socio-anagrafici; la sezione B indaga le condotte adottate riguardo al tabagismo, l'uso di alcool e di droghe, lo stile alimentare e la gestione del peso corporeo, i comportamenti di guida, la pratica di attività fisica; la sezione C valuta l'importanza attribuita dai giovani ai comportamenti analizzati; la sezione D indaga le conoscenze dei soggetti circa il ruolo di alcuni comportamenti

sull'incidenza delle patologie cardiovascolari, tumorali e degli incidenti stradali; la sezione E analizza il livello di autoefficacia e di autostima utilizzando la General Perceived Self-Efficacy Scale (Schwarzer, 1992) e la Self-Esteem Inventory (Rosemberg, 1965).

3. Restituzioni partecipate: il progetto prevedeva che i risultati della ricerca venissero presentati sia agli studenti che ai diversi attori istituzionali, con modalità che venivano di volta in volta definite al fine di utilizzare gli stessi momenti della restituzione come nuova fase di sensibilizzazione riguardo ai comportamenti di salute, ma anche come primo momento condiviso di progettazione e co-costruzione delle fasi successive del progetto.
4. Laboratori di promozione della salute: alla luce dei processi di restituzione e delle priorità di intervento individuate nelle diverse realtà scolastiche si potevano sviluppare laboratori di promozione della salute e del benessere, che vedevano la partecipazione attiva degli studenti, dove possibile coinvolti come peer educator.
5. Festa della salute: il progetto Sailor culminava con l'organizzazione congiunta da parte dei diversi attori del progetto di una giornata cittadina che aveva l'obiettivo di promuovere all'intera cittadinanza i diversi servizi che si occupano di salute sul territorio; proporre un'idea di salute che non è soltanto prevenzione contro le malattie, ma è soprattutto promozione del benessere e dell'agio; permettere ai più giovani stili alternativi di divertimento che siano attenti alla protezione del benessere individuale e sociale.

Il progetto prevedeva, nelle diverse fasi, un accompagnamento degli attori istituzionali da parte dello Studio Co.S.S., anche attraverso la realizzazione di processi di formazione mirata alla realizzazione di alcune attività, in particolare per quanto riguarda l'organizzazione dei laboratori e della giornata della salute.

Risultati della ricerca

Il questionario dei comportamenti di salute è stato compilato da 1511 studenti (880 F; 631 M; età media: 16,1±3) dei diversi istituti superiori del territorio, con una distribuzione del campione sovrapponibile alla distribuzione dell'intera popolazione scolastica. Il 94% degli studenti si definisce in un buono stato di salute, e il 69% si dice soddisfatto del tipo di vita che conduce. In generale, i ragazzi riferiscono uno stato di salute e una qualità di vita migliore delle ragazze. Il riepilogo dei risultati principali per quel che riguarda le abitudini comportamentali è riportato in tabella 1. I dati, in gran parte sovrapponibili a quelli ottenuti in ricerche simili svolte tra gli adolescenti della regione Piemonte, in ogni caso sottolineano una certa diffusione dei comportamenti a rischio, ancora più significativa poi nei plessi d'istruzione professionale, rispetto a quelli di area liceale o tecnica.

Tabella 1: Comportamenti di salute emessi dagli studenti delle scuole superiori del chivassese.

Fumo		Alimentazione: consumo di carne	
Fumatore	33,5%	Ogni giorno	41,2%
Provato a fumare, ma ora non fuma	28,5%	Ogni 2-3 giorni	39,7%
Non fumatore	38%	Una volta a settimana	13,2%
Alcool		Meno di 1 volta a sett.	5,9%
Astemio	15,6%	Attività fisica (ore settimanali)	
Bevitore occasionale	79,5%	Meno di 2	40,3%
Bevitore regolare	4,9%	Da 2 a 4	34,8%
Abuso di alcool		Da 5 a 8	16,1%
Si	28%	Più di 8	8,8%
No	72%	Uso del casco	
Uso di sostanze		Sempre	75,9%
Mai usate	66%	Qualche volta	17,2%
Esperienza passata	8%	Mai	6,9%
Raro/occasionale	18%	Uso delle cinture di sicurezza	
Frequente	8%	Sempre	73,9%
Alimentazione: colazione		Qualche volta	22%
Tutti i giorni	61,3%	Mai	4,1%
Qualche volta	16,5%	Rispetto dei limiti di velocità	
Mai	22,2%	Sempre	26,6%
Alimentazione: consumo di frutta		Qualche volta	49,8%
Ogni giorno	54,1%	Mai	23,6%
Ogni 2-3 giorni	24,2%		
Una volta a settimana	9,3%		
Meno di 1 volta a sett.	12,4%		

I dati hanno inoltre permesso di confermare la sostanziale influenza delle credenze relative alla salute nel determinare i comportamenti protettivi e a rischio (tabella 2).

Tabella 2: Correlazione tra importanza attribuita ad un comportamento per la protezione della salute ed emissione del comportamento stesso.

Comportamenti analizzati	r ²	p
Fumo	-,509	< ,001
Consumo di alcool	-,454	< ,001
Uso di sostanze	-,595	< ,001
Fare colazione	-,567	< ,001
Consumo di frutta	-,351	< ,001
Attività fisica	,379	< ,001
Uso del casco	-,520	< ,001
Uso delle cinture di sicurezza	-,392	< ,001
Rispetto dei limiti di velocità	-,623	< ,001

(I valori della r² sono quasi sempre negativi per l'andamento delle variabili: per quanto riguarda i comportamenti emessi maggiore è la variabile e peggiore è la condotta (ad es. maggior fumo, maggior consumo di alcool, minor consumo di frutta), invece per quanto riguarda l'importanza maggiore è il punteggio e maggiore è l'importanza attribuita. Unica eccezione riguarda l'attività fisica dove il punteggio sale con l'aumento dell'attività svolta).

Per quanto riguarda invece i punteggi alle scale di autostima e di autoefficacia si è evidenziato che i loro livelli medi si pongono a livelli bassi rispetto a quello ottenuti in altri gruppi, in particolare per quel che riguarda l'autostima, (Prezza, Trombaccia, Armento, 1997; Miglioretti, Munafò, Pravettoni, 2002; Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud, Schwarzer, 2002) e con un andamento a campana durante il percorso scolastico, con una diminuzione dei valori medi nel biennio conclusivo (tabella 3).

Tabella 3: livelli di autostima e autoefficacia negli studenti del Chivassese.

	I sup.	II sup.	III sup.	IV sup.	V sup.	Tutti
Autoefficacia	27,2±4*	27,6±4,3	28,3±4,1*	27,6±4,1	27,6±4,2	27,6±4,2
Autostima	27,3±5**	28,3±4,6	28,6±4,3*	29±5,1*	28,4±4,5	28,2±4,8

*: differenza significativa p< ,05.

I livelli di autostima e di autoefficacia appaiono correlati ai livelli di soddisfazione di vita percepiti ($r^2=485$, $p < ,001$; $r^2=358$, $p < ,001$) e allo stato di salute percepito ($r^2=234$, $p < ,001$; $r^2=180$, $p < ,001$).

Restituzione dei risultati e co-costruzione degli interventi di promozione della salute

Il processo di restituzione avviato sia con gli studenti dei diversi istituti sia con gli insegnanti e alcuni rappresentanti dei genitori, e gli operatori dei servizi socio-sanitari ha permesso di mettere in evidenza alcune criticità: il non elevato livello di soddisfazione di vita, che può condurre alla messa in atto di alcuni comportamenti a rischio dal valore anche compensatorio o che assumono valore in quanto forme di divertimento; l'abuso di alcool; i comportamenti alimentari; i valori non particolarmente elevati di autostima e di autoefficacia e la loro tendenza a diminuire nel biennio conclusivo del percorso scolastico. Tali considerazioni sono alla base dello sviluppo sia dei laboratori sia della giornata della salute. Nei diversi istituti scolastici si sono infatti realizzati quattro diverse tipologie di laboratori con gli studenti: centri d'ascolto per studenti, insegnanti e genitori; laboratori di promozione di una dieta sana guidati dagli insegnanti supervisionati dallo Studio Co.S.S. per le scuole medie inferiori; laboratori di promozione di autostima e autoefficacia; laboratori di promozione di comportamenti protettivi per la salute e di prevenzione contro l'abuso di alcool e di sostanze, in collaborazione con il SERT del territorio. In particolare il centro d'ascolto per studenti, insegnanti e genitori prevedeva la disponibilità di uno psicologo, in alcuni giorni della settimana, all'interno delle scuole, per primi colloqui e attività di counselling individuale dalla durata massima di 5 incontri. Il laboratorio di autostima e autoefficacia è stato avviato nelle prime classi del polo liceale e aveva l'obiettivo di favorire tali componenti promuovendo una più facile integrazione di questi studenti nella nuova scuola, anche favorendo lo sviluppo di iniziative di accoglienza nei confronti dei ragazzi che li avrebbero

seguiti. I laboratori dedicati alla promozione della dieta sana, gestiti dagli insegnanti delle scuole, prevedevano l'approfondimento, attraverso l'utilizzo di filmati e di lavori di gruppo, degli stereotipi familiari riguardo all'alimentazione. Infine il percorso riguardo la prevenzione contro l'abuso di alcool e sostanze aveva la funzione di favorire lo sviluppo negli studenti di strategie protettive da loro stessi utilizzabili. L'opera di restituzione ha inoltre permesso di identificare un primo gruppo di studenti da avviare ad un percorso di formazione di peer educator, metodologia scelta sia per la gestione di alcuni momenti della giornata della salute, sia per lo sviluppo futuro dei laboratori di promozione della salute. Questi studenti hanno partecipato ad incontri di formazione specifica coordinate dal CESEDI.

La festa della Salute

La festa della salute, dal titolo "Promuoviti", ha permesso un confronto tra i diversi attori e i giovani studenti sui diversi significati spesso attribuiti di salute, agio e benessere. Suddivisa in due parti prevedeva un primo momento nei diversi istituti scolastici, dove gli studenti erano chiamati a farsi promotori della salute per la città, sviluppando, con diverse modalità espressive e con l'aiuto degli insegnanti e degli operatori dei servizi socio-sanitari, messaggi sulla salute (figura 2).

Figura 2: Esempio di messaggio di promozione della salute prodotto dagli studenti



A tal fine essi potevano utilizzare le diverse forme espressive: la rappresentazione teatrale, la cartellonistica, lo sviluppo di ipertesti. La mattinata prevedeva poi l'incontro con testimonial privilegiati: operatori dei servizi del territorio, personale di associazioni di volontariato connesse al tema della salute, peer educator provenienti da altre scuole. La seconda parte, nelle piazze e nelle strade, prevedeva la messa in mostra dei diversi messaggi sviluppati oltre che la possibilità per i servizi socio-sanitari, di presentarsi al territorio. Il pomeriggio è stato uno "spazio aperto" per le vie della città con possibilità di incontro-confronto (organizzazione di una tavola rotonda sull'adolescenza), di ascolto di musica (concerto dei gruppi giovanili degli istituti scolastici), di rappresentazioni teatrali a tema, di sperimentazione di bevande alternative (figura 3).

Conclusioni

Il progetto Sailor, presentato in questo lavoro, potrebbe essere definito come un modello integrato di promozione della salute. Esso infatti, basandosi sul principio che la promozione della salute nell'adolescenza non può che essere un'azione che coinvolge i contesti di vita dell'adolescente, si è posto come obiettivo di creare una rete tra i diversi servizi, enti e istituzioni agenti sul territorio. Allo stesso tempo il progetto Sailor è un modello integrato perché prova a coniugare, in un processo di ricerca intervento, diversi approcci teorici utilizzati nello spiegare e costruire programmi di promozione della salute. Esso si è dimostrato efficace in quanto la ricerca e il processo di restituzione hanno permesso di evidenziare le aree critiche; i tavoli di coordinamento hanno portato ad un reale lavoro di rete tra servizi e istituzioni; i laboratori e la giornata della salute rappresentano in modo emblematico come la salute e il benessere siano un processo co-costruito da diversi attori. Rimangono certamente alcune aree critiche che hanno a che vedere in particolare con la reale efficacia di tale modello nel promuovere la salute. Il progetto Sailor prevedeva infatti una serie di indicatori che avevano l'obiettivo di monitorare il

processo: ad esempio scuole effettivamente coinvolte, questionari distribuiti e correttamente compilati, partecipazione ai laboratori e alla giornata della salute, questionario di gradimento degli operatori socio-sanitari che hanno lavorato al progetto. Tale valutazione consentiva di ridefinire lungo il percorso priorità e interventi ma non prevedeva una valutazione quantitativa dei risultati e dei follow-up. Pertanto se da un lato il progetto Sailor ha permesso una miglior gestione e razionalizzazione delle risorse investite nella promozione della salute è ancora da avviare un costante monitoraggio sui risultati ottenuti in termine di miglioramento degli Health Behavior emessi. Tale componente è parte integrante del progetto di sviluppo che seguirà il progetto Sailor.

Bibliografia

Bandura A. (1969). Social learning theory of identificatory processes. In D.A. Goslin (a cura di) *Handbook of socialization theory and research*. (pag. 213-262). Chicago: McNally.

Cicognani E. (2004). Comportamenti a rischio in adolescenza e contesti relazionali: famiglia, gruppo dei pari e comunità. *Psicologia della Salute*, 3, 9-22.

Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Quintana, E., Perez F. (2003). Primary prevention: involving schools and communities in youth health promotion. In Jason & Keys (ed.) *Participatory community research: Theories and methods in actions*. Washington, DC: APA.

Ebreo, A., Feist-Price, S., Siewe, Y, Zimmerman, R.S. (2002). Effects of peer education on the peer educators in a school-based HIV prevention program: Where should peer education research go from here? *Health Education & Behavior*, 29, 411-423.

Lee, A., Tsang, C., Lee, S.H., To, C.Y. (2003). A comprehensive “Health Schools Programme” to promote school health: the Hong Kong experience in joining the efforts of health and education sectors. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 3, 174-177.

Michaud, P.A. (2003). Prevention and Health Promotion in school and community settings: a commentary on the international perspective. *Journal of Adolescent Health*, 33, 219-225.

Miglioretti, M., Munafò, A., Pravettoni, G. (2002). Studio dei comportamenti di salute in giovani in età compresa tra i 18 e i 25 anni. *Ricerche di Psicologia*, 4, 57-70.

Pravettoni, G., Miglioretti, M., Zotti, A.M. (2001). Conoscenze, credenze e comportamenti di salute in un gruppo di giovani studenti del nord ovest d'Italia. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 3, 223-233.

Prezza, M., Trombaccia, F.R., Armento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.

Rosemberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. University Press, Princeton, New Jersey.

Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., Schwarzer, R. (2002). Is perceived self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, No. 3, 242-251.

Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: thought control of action*. Hemisphere, Washington, DC.

Smith, T.W., Orleans, C.T., Jenkins C.D. (2004). Prevention and Health Promotion: Decades of progress, new challenges, and emerging agenda. *Health Psychology*, 2, 126-131.

Step toe, A., Wardle, J. (1996). The European Health and Behaviour Survey: the international study in health psychology. *Psychology and Health*, 11, 49-73.

Step toe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Preventive Medicine*, 2, 97-104.

Williams, P.G, Holmbeck, G.N., Greenley R.N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 828-842.

Wardle, J., Step toe, A. (1991). The European Health Behaviour Survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science of Medicine*, 8, 925-936.

WHO (2002). *Promoting Health in Second Level Schools in Europe: a practical guide*. In http://www.euro.who.int/ENHPS/Publications/20020704_2

Wood Baker, C., Little, T.D., Brownell, K.D. (2003). Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: the Role of Social Norms and Personal Agency. *Health Psychology*, 2, 189-198.