

Diario della Salute. Percorsi di promozione del benessere tra i pre-adolescenti

Health diary. Well-being promotion among pre-adolescents

Franca Beccaria*, Antonella Ermacora*, Laura Marinaro**, Antonella Roggero**, Emanuela Rabaglietti***

* *Eclectica, Istituto di ricerca e formazione, Torino*

** *Dipartimento di Prevenzione, ASL CN2*

*** *Dipartimento di Psicologia, Università di Torino*

Parole chiave: programma scolastico, benessere, adolescenza, studio randomizzato, promozione della salute

RIASSUNTO

Obiettivi: il programma “Diario della Salute” si rivolge ai ragazzi e alle ragazze tra i 12 e i 13 anni con l’obiettivo di promuovere il benessere attraverso il potenziamento delle competenze emotive e sociali e il miglioramento della relazione genitore-figlio. L’articolo fornisce la descrizione metodologica del programma e una breve sintesi della valutazione.

Metodi: formazione degli insegnanti. Percorsi informativi-formativi per genitori. Somministrazione del programma a un campione randomizzato di adolescenti con uno studio caso-controllo. Allo studio di valutazione hanno partecipato 60 scuole, 130 classi. Su un campione totale di 2.078 casi, 1.030 studenti appartengono al gruppo di intervento, 1.048 al gruppo di controllo.

Risultati: l’immagine rilevata corrisponde a un campione di pre-adolescenti che dichiara di sentirsi in salute e di stare bene. L’aumento maggiore nella frequenza di percezione di umore basso nel gruppo di intervento può essere interpretato come effetto di una maggiore conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri stati emotivi interni in seguito all’intervento. I soggetti del gruppo di intervento, in particolare le ragazze, hanno acquisito una maggiore capacità di riconoscere le proprie emozioni e i propri vissuti, e anche maggiori capacità interpersonali ed empatiche nel relazionarsi con altri significativi. Tra le variabili di esito secondarie si evidenzia una minore propensione a fumare nel gruppo di intervento.

Autore per corrispondenza: beccaria@eclectica.it

Conclusioni: complessivamente, il progetto realizzato costituisce un'esperienza innovativa nel panorama italiano sia per lo sforzo in termini di valutazione dell'intervento sia per il lavoro di messa in rete di soggetti (operatori sanitari, funzionari istituzionali, insegnanti, ecc.) che a vario titolo si occupano di preadolescenti in ambito scolastico.

Key words: school-based program; well-being; adolescence; quasi-randomized controlled trial; health promotion

SUMMARY

Objectives: *diario della salute* is a school-based program aiming to promote Italian 12-13 years old children well-being through the strengthening of emotional and social skills and the improvement of parent-child relationship. The article provides a methodological description of the program and a brief summary of the evaluation.

Methods: teacher Training. Informative and educational meetings for parents. Program running to a sample of teenagers with a randomized controlled study. 60 schools and 130 classes participated in the evaluation study. Total of 2,078 cases, 1,030 students belong to the intervention group, 1,048 to the control group.

Results: a sample of pre-teens who declare to feel healthy. The greater increase in the frequency of low mood perception in the intervention group can be interpreted as the effect of higher self-knowledge and self-awareness and of internal emotional states following the intervention. The intervention group, especially the girls, acquired greater ability to recognize his own emotions and experiences, and also greater interpersonal and empathic skills in dealing with other significant people. Among the secondary outcome variables, there is evidence of lower smoking incidence in the intervention group.

Conclusions: the project is an innovative experience in the Italian landscape both for the effort in terms of intervention evaluation and the work of networking of different subjects dealing with pre-teenagers (healthcare professionals, institutional officials, teachers, etc.).

Adolescenza e pre-adolescenza tra rischio e benessere

L'adolescenza rappresenta una fase della vita nella quale si richiede all'individuo l'acquisizione di competenze sociali, cognitive ed emotive per affrontare in modo adeguato i compiti di sviluppo e "l'adulità emergente" (1-2). Una transizione positiva verso l'età adulta non implica soltanto il non essere coinvolti in comportamenti a rischio per la salute e il benessere psicosociale, ma anche lo sviluppo delle capacità individuali necessarie a far fronte alle situazioni problematiche, ai cambiamenti e alle sfide che il diventare grandi quotidianamente e fisiologicamente comporta (2-4). Pertanto, in un'ottica di prevenzione e promozione del benessere, diventa fondamentale il potenziamento delle competenze individuali degli adolescenti anche in condizioni "normative" in cui, cioè, non vi è un coinvolgimento in comportamenti considerati a rischio per la propria salute fisica e psicologica (3-4). Non riuscire ad affrontare in modo soddisfacente per sé e per gli altri i compiti di sviluppo adolescenziali può compromettere infatti il benessere e il funzionamento sociale dell'individuo così come il suo stato di salute e la sua capacità di resilienza di fronte agli eventi critici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda da anni l'adozione di interventi scolastici di prevenzione e promozione della salute rivolti a bambini e adolescenti basati sullo sviluppo delle life-skills. Con tale espressione, si intendono le "capacità di adattamento e di comportamento positivo che permettono agli individui di affrontare in maniera efficace le esigenze e le sfide della vita quotidiana" (5), ossia quelle abilità cognitive, emotive e sociali che consentono alle persone di far fronte alle richieste che l'ambiente esterno pone quotidianamente loro. Tali capacità e abilità non sono predisposizioni innate, ma possono essere rafforzate e migliorate grazie a esperienze e interventi che ne promuovano un efficace utilizzo. Le life-skills svolgono un ruolo importante nella promozione del benessere psicosociale dell'individuo che a sua volta contribuisce a migliorare lo stato di salute sia fisica che mentale (6).

La promozione del benessere psicologico e sociale degli adolescenti è quindi una priorità di intervento a livello di sanità pubblica, su cui recentemente si è concentrato molto interesse da parte dei ricercatori e dei *policy maker* (7-8).

In un'ottica biopsicosociale (9), la salute degli adolescenti deriva inoltre da un processo di interazione con i loro principali contesti evolutivi a partire dalla famiglia e dai pari per giungere alla scuola. Il network europeo delle Scuole che promuovono salute¹ individua la scuola come ambiente fondamentale per promuovere la salute e il benessere psicosociale della popolazione giovanile. Promuovere salute a scuola attraverso il potenziamento e lo sviluppo di conoscenze e competenze in ambito cognitivo, relazionale e sociale oltre che comportamentale contribuisce infatti a migliorare il rendimento scolastico e la soddisfazione per l'esperienza scolastica, entrambi fattori di protezione per il coinvolgimento in comportamenti a rischio. La prevenzione del disagio adolescenziale e la promozione di comportamenti per la salute si realizza quindi attraverso non solo il possesso di informazioni corrette, ma anche grazie all'acquisizione di competenze socio-emotive e relazionali (10), che costituiscono il presupposto indispensabile per stare bene e avere buone relazioni sociali nei diversi contesti di vita.

In tale ambito, la preadolescenza si configura come un periodo in cui diventano rilevanti le opportunità per fare prevenzione e promozione della salute sia perché l'iniziazione a comportamenti a rischio tipici della popolazione giovanile (quali il consumo di sigarette, alcol e sostanze psicoattive) avviene per lo più in adolescenza (3,4,11), sia perché è possibile promuovere l'adozione di stili di vita salutari contrastando abitudini scorrette e favorendo uno sviluppo maggiormente armonico in un periodo della crescita che sappiamo essere contraddistinto da rilevanti cambiamenti fisici e psicologici (11). Tuttavia la quasi totalità degli interventi universali di prevenzione e promozione della salute risultati efficaci sono rivolti all'età adolescenziale vera e propria e hanno un focus prevalente sulla prevenzione di singoli comportamenti a rischio (12-14). Le evidenze disponibili

1..www.schools-for-health.eu/she-network

sostengono però che gli interventi più promettenti siano quelli che si focalizzano simultaneamente su una molteplicità di fattori di rischio e di protezione che possono svolgere il ruolo di precursori o mediatori dei comportamenti problematici che hanno l'obiettivo di aumentare la capacità di resilienza degli adolescenti, di promuovere relazioni familiari positive, di potenziarne le capacità sociali e emotive e di migliorarne l'esperienza scolastica (13,15-18).

Attualmente in Italia, per quanto di nostra conoscenza, risultano scarsamente disponibili (se non del tutto assenti) né per la disseminazione, né per l'adattamento interventi di promozione del benessere psicologico inteso come fattore di protezione dal coinvolgimento futuro in comportamenti a rischio per la salute e il benessere psico-sociale, né interventi di prevenzione efficaci implementabili rivolti a studenti di scuola secondaria di I grado.

A ciò si aggiunge, come ben evidenziato dal Network Italiano per la *Evidence-Based Prevention*² che: 1) gli interventi di prevenzione e promozione della salute e del benessere in adolescenza attualmente valutati e dimostratisi efficaci provengono da contesti socio-culturali differenti da quello italiano ponendo problemi in termini di adattamento e trasferibilità, 2) l'evidenza scientifica derivante da studi di valutazione condotti in modo rigoroso a livello nazionale è ancora molto ridotta, 3) la maggior parte degli interventi di prevenzione e promozione della salute implementati e disseminati a livello nazionale sulla popolazione giovanile in Italia non è valutata, 4) la valutazione di efficacia degli interventi avviene in condizioni diverse da quelle reali e quotidiane in cui gli operatori abitualmente lavorano poiché i ricercatori testano il loro intervento in un contesto ideale di pratica.

Obiettivi

Sulla base di tali premesse scientifiche è nato il programma "Diario della Salute. Percorsi di promozione del benessere tra i pre-adolescenti - II Edizione A.S. 2015-2016" (da qui in poi "Diario della Salute"), interamente progettato in Italia e accompagnato da un piano di valutazione, che si rivolge ai ragazzi ed alle ragazze tra i 12 e i 13 anni al fine di promuovere la salute e il loro benessere psico-sociale. Si tratta di un programma scolastico che ha l'obiettivo specifico di promuovere il benessere attraverso il potenziamento delle competenze emotive e sociali (life-skills) dei pre-adolescenti e il miglioramento della relazione genitore-figlio.

L'articolo intende fornire la descrizione metodologica del programma Diario della salute e una breve sintesi della valutazione³.

2. NIEBP –<http://niebp.agenas.it/default.aspx>

3. I risultati dello studio di valutazione di impatto sul campione di adolescenti sarà a breve sottoposto a una rivista internazionale del settore.

Il programma Diario della Salute

La seconda edizione del programma Diario della salute è nata per rispondere alle criticità emerse in seguito all'implementazione e valutazione dell'edizione 2012 realizzata in 5 regioni italiane (Piemonte – regione capofila, Veneto, Puglia, Calabria e Sicilia). Nello specifico, all'interno di tale edizione i risultati della valutazione avevano messo in luce la necessità di rivedere i contenuti e gli obiettivi di alcune unità didattiche incluse nell'intervento in classe, fornire un accompagnamento agli insegnanti durante l'implementazione dell'intervento in classe, affiancare gli operatori socio-sanitari nella formazione degli insegnanti⁴.

Una volta rivisto e aggiornato il programma e le sue modalità di implementazione, per l'anno scolastico 2015-2016 la sperimentazione ha coinvolto due Regioni: il Piemonte con 5 ASL, e il Veneto con 12 ULSS⁵.

Diario della Salute è costituito da attività e materiali rivolti ai ragazzi e alle ragazze che frequentano la classe seconda della scuola secondaria di I grado e ai loro genitori e insegnanti. Nello specifico, il programma “Diario della Salute” è composto da:

- un diario per gli studenti che racconta la storia di quattro ragazzi e ragazze che sperimentano i cambiamenti evolutivi e alcuni comportamenti a rischio tipici dell'età adolescenziale, confrontandosi per la prima volta con il bisogno di sentirsi indipendenti e autonomi dal mondo degli adulti,
- un diario per i genitori che attraverso il racconto dell'esperienza di una mamma e un papà con figli adolescenti tratta il tema della relazione e della comunicazione tra genitori e figli in adolescenza,
- un percorso informativo-formativo di almeno due incontri tenuto da operatori socio-sanitari per i genitori su tematiche connesse alla relazione e alla comunicazione con figli adolescenti,
- un percorso formativo per insegnanti di uno-due incontri (8 ore complessive) condotti da esperti di didattica attiva e partecipata al fine di fornire agli insegnanti metodi e strumenti didattici adeguati per affrontare con i ragazzi i temi legati all'adolescenza (il rapporto con il corpo, la gestione delle emozioni, il rapporto con gli altri, ecc.),
- un blog dedicato in cui gli operatori socio-sanitari e gli insegnanti possono riportare e condividere le attività effettuate e le esperienze vissute (www.diariodellasalute.it),
- un intervento in classe condotto dagli insegnanti appositamente formati durante

4. Per approfondimenti: www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1470&idP=740; www.diariodellasalute.it/?page_id=609

5. La gestione delle attività di coordinamento, formazione degli insegnanti, monitoraggio dell'implementazione e valutazione è stata coordinata dalla Struttura Semplice Dipartimentale di Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL CN2 e attuata con la collaborazione dell'Istituto di ricerca e formazione Ecletica di Torino. La raccolta e analisi dei dati è stata curata in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino.

l'orario scolastico. Tale intervento include cinque unità didattiche che l'insegnante svolge nell'ambito della sua attività curriculare. Ogni unità didattica è strutturata in obiettivi e attività interattive individuali, in piccolo gruppo o di gruppo-classe. L'insegnante ha a disposizione un manuale per lo svolgimento e la realizzazione dell'intervento in classe. Il Quaderno per l'insegnante contiene la descrizione degli obiettivi e delle attività previste per ogni unità didattica, oltre a indicazioni generali per un buon svolgimento dell'intervento in classe. La descrizione sintetica delle singole unità didattiche è riportata in Figura 1.



Figura 1- Descrizione sintetica delle singole unità didattiche

L'ipotesi teorica del meccanismo di funzionamento del programma "Diario della Salute" è sintetizzata nella Tabella 1. Si ipotizza che il programma "Diario della Salute" aumenti le capacità emotive (empatia, capacità di riconoscere e gestire le emozioni) e sociali (capacità di relazioni interpersonali) individuali degli studenti e il loro livello di soddisfazione per l'esperienza scolastica (rapporto con i compagni, rapporto con gli insegnanti, interesse verso la scuola), ossia agisca sui mediatori dell'effetto dell'intervento. A sua volta, l'aumento delle capacità emotive e sociali e del livello di soddisfazione per l'esperienza scolastica porterebbe a un aumento della percezione del benessere psicologico e dello stato di salute (variabili di esito primarie); questi aspetti influenzerebbero l'aumento dei comportamenti prosociali e del successo scolastico e la riduzione dell'aggressione fisica e verbale, del fumo di sigarette, dell'uso di alcol, dell'alimentazione scorretta e della sedentarietà (variabili di esito secondarie).

	Obiettivi	Contenuti	Durata	Attività
Unità 1 – I ♥ riconoscere le mie emozioni	- Sviluppare la capacità di riconoscere le emozioni - Identificare le situazioni che suscitano emozioni diverse	- Capacità di riconoscimento delle emozioni - Conoscenza di sé	3-4 ore	Attività interattive di gruppo e di coppia e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 2 - I ♥ andare oltre gli stereotipi	- Riconoscere gli stereotipi più diffusi tra i pre-adolescenti - Riconoscere e valorizzazione le differenze personali	- Pensiero critico - Conoscenza di sé - Capacità di relazioni interpersonali	2 ore	Attività interattive di gruppo e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 3 - I ♥ diventare uomo, diventare donna	- Riconoscere i fattori sociali e culturali che influenzano la costruzione dell'identità di genere - Riconoscere la coesistenza di tratti maschili e femminili nella medesima persona	- Pensiero critico - Conoscenza di sé - Capacità di relazioni interpersonali	2-3 ore	Attività interattive di gruppo e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 4 - I ♥ gestire le mie emozioni	- Promuovere la capacità di comprendere le cause delle emozioni - Promuovere la capacità di regolare e gestire le emozioni	- Capacità di gestione delle emozioni - Capacità di relazioni interpersonali	2 ore	Attività interattive individuali e di gruppo e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 5 - I ♥ scoprire le emozioni degli altri	- Promuovere la capacità di discriminare e riconoscere le emozioni altrui - Stimolare la capacità di mettersi nei panni degli altri e di comprendere e condividere le emozioni altrui - Promuovere atteggiamenti e comportamenti empatici adeguati al contesto e ai bisogni espressi dall'altro	- Empatia - Capacità di relazioni interpersonali	3-4 ore	Attività interattive di gruppo e di coppia e discussioni guidate dall'insegnante

Tabella 1- Descrizione dell'intervento in classe

Risultati e valutazione del programma

Insegnanti

Sono stati formati dagli operatori socio-sanitari in totale 75 insegnanti di scuola secondaria di I° grado, 38 insegnanti in Piemonte e 37 insegnanti in Veneto.

Agli insegnanti è stato somministrato un questionario di gradimento del corso di formazione e richiesta la compilazione di una scheda di monitoraggio delle attività in aula. Partecipare alla formazione è stata per la maggioranza degli insegnanti un'esperienza piacevole (98,3%), utile (98,5%) e di sostegno alla vita quotidiana (84,8%), con una prevalenza di giudizi "molto" positivi. I temi oggetto di formazione sono stati secondo la totalità dei rispondenti interessanti e per circa il 95% stimolanti e utili, mentre la preva-

lenza di giudizi “abbastanza” positivi in merito all’esaustività dei temi indica un bisogno formativo scoperto degli insegnanti e la necessità di maggior approfondimento dei temi in oggetto e delle tecniche didattiche. Molto positivi sono anche i giudizi espressi in merito alla metodologia didattica che confermano l’efficacia di metodi e attività volti principalmente a favorire la partecipazione attiva. Inoltre, secondo la maggioranza dei rispondenti la durata della formazione è stata adeguata.

La scheda di monitoraggio e di valutazione di gradimento dell’intervento effettuato in classe è stata compilata da 49 insegnanti, 31 in Piemonte e 18 in Veneto.

Per quanto riguarda la fattibilità dell’implementazione del programma nel contesto scolastico nell’ambito dell’attività curriculare, gli insegnanti coinvolti dichiarano che l’intervento è realizzabile e facilmente implementabile nella loro pratica quotidiana, come mostra il dato che 45 insegnanti su 49 hanno sperimentato tutte e cinque le unità didattiche proposte. Quanto affermato dagli insegnanti conferma che interventi strutturati in obiettivi, contenuti e azioni chiari e coerenti sono più facili da comprendere e implementare in contesti reali di pratica. In questo senso, la disponibilità di un manuale per l’insegnante con indicazioni dettagliate su come implementare l’intervento così come l’accompagnamento da parte degli operatori sanitari e del gruppo di lavoro è vantaggioso per gli insegnanti che spesso sono “sovraccarichi” in termini di attività extra-didattiche. Anche la presenza di attività che sono percepite rilevanti, attraenti, facili da svolgere e fattibili con le risorse disponibili favorisce l’adozione dell’intervento e la sua sostenibilità nell’attuale contesto scolastico italiano. Inoltre, l’alto livello di partecipazione da parte degli studenti dichiarato dagli insegnanti (alto 46,9%, abbastanza alto 53,1%) fa pensare che le unità didattiche previste siano adatte al target in termini di contenuti e attività e che il format accattivante dei materiali utilizzati in termini di linguaggio e stile comunicativo sia adeguato alla fascia di età preadolescenziale.

La maggioranza dei rispondenti ritiene che la metodologia e le attività proposte in classe possano essere utilizzate per trattare anche altri argomenti. Quelli indicati includono sia temi più generali (l’educazione all’affettività, la gestione delle emozioni, la gestione dei conflitti, l’educazione alla diversità, l’educazione alle scelte, l’educazione linguistica) che temi specifici (dipendenze, disturbi alimentari, bullismo, cyberbullismo, nuove tecnologie).

Più dell’85% degli insegnanti dichiara che il clima di classe e le dinamiche relazionali sono migliorate, condizione che favorisce anche l’apprendimento. In questo senso l’intervento, essendo basato sull’uso di tecniche interattive e prevedendo il coinvolgimento attivo degli studenti, offre ulteriori opportunità di comunicazione e relazione tra insegnanti e allievi e tra compagni di classe in un’atmosfera più informale di quella normalmente sperimentata nella quotidianità scolastica. Un buon clima di classe, infatti, che viene costruito quotidianamente, rappresenta un fattore protettivo non solo del rendimento

scolastico, ma anche rispetto allo sviluppo di caratteristiche personali che perdureranno nel tempo (19). Al di là dei compiti e degli obiettivi strettamente didattici, gli insegnanti svolgono un ruolo centrale nella trasmissione delle norme, nella regolazione delle attività e nel promuovere e facilitare le relazioni tra gli studenti (20).

Si può ipotizzare che proprio la disponibilità di un intervento finalizzato a sviluppare e potenziare le capacità emotive e sociali degli studenti, facilmente implementabile con il gruppo classe e adatto ai bisogni dei preadolescenti abbia consentito, insieme a quanto appreso in occasione del corso di formazione, agli insegnanti di avere un maggior bagaglio di conoscenze e strumenti per gestire meglio la classe e le sue dinamiche relazionali.

Genitori

Sono stati realizzati da parte degli operatori socio-sanitari 22 percorsi informativi-formativi per genitori di almeno 2 incontri ciascuno per i genitori degli studenti delle classi coinvolte: 7 percorsi in Piemonte e 15 in Veneto. Complessivamente hanno partecipato 315 genitori, 108 in Piemonte e 207 in Veneto.

Ai genitori è stato somministrato un questionario di gradimento degli incontri informativi-formativi. I risultati mostrano un tasso molto elevato di gradimento dell'iniziativa, compresa la metodologia partecipata, e una valutazione positiva in merito alla sua utilità.

Studenti

Per valutare l'effetto del programma sugli studenti è stato condotto uno studio di valutazione di efficacia con apposito protocollo di studio⁶. L'obiettivo di tale studio è valutare l'effetto a breve termine del programma sulle seguenti variabili di esito:

- variabili primarie: stato di salute, sintomi psicosomatici, benessere psicologico,
- variabili secondarie: comportamenti a rischio per la salute (fumo di sigarette, consumo di alcol, abitudini alimentari scorrette, sedentarietà), comportamenti prosociali, successo scolastico, aggressione fisica e verbale.

L'effetto del programma è stato anche valutato su alcune variabili identificate come possibili mediatori, ossia quelle variabili intermedie che sono in relazione causale con le variabili di esito. Si ipotizza infatti che l'intervento provochi un cambiamento nei mediatori e che il cambiamento dei mediatori provochi a sua volta un cambiamento nelle variabili di esito. I mediatori presi in considerazione nella valutazione sono: capacità emotive (autoefficacia nella gestione delle emozioni positive e negative, autoefficacia empatica percepita), capacità sociali (autoefficacia nelle relazioni interpersonali), soddisfazione per l'esperienza scolastica (rapporto con gli insegnanti, rapporto con i compagni, interesse verso la scuola, autostima scolastica).

6. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Interaziendale dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo e delle AA.SS.LL CN1, CN2, AT in data 17 settembre 2015 (n. 27/15) e registrato sul sito web statunitense Clinical Trials del National Institute of Health (per maggiori informazioni, vai su <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02683811>). Data la minore età dei partecipanti allo studio, è stato chiesto il consenso scritto alla partecipazione allo studio ai genitori/tutori.

Gli studenti partecipanti allo studio sono stati suddivisi, secondo una procedura randomizzata, in gruppo di intervento e gruppo di controllo. Il gruppo di intervento ha ricevuto l'intervento in classe da parte dell'insegnante, e uno o più incontri rivolti ai genitori; il gruppo di controllo non ha ricevuto l'intervento in classe da parte dell'insegnante. Gli studenti di entrambi i gruppi hanno compilato il questionario pre- e post-intervento - con la creazione di un codice auto-generato per consentire l'abbinamento - nel medesimo periodo a scuola in presenza di operatori socio-sanitari.

Allo studio di valutazione hanno partecipato 60 scuole (29 nel gruppo di controllo e 31 nel gruppo di intervento) e 130 classi (67 nel gruppo di controllo e 63 nel gruppo di intervento). Su un campione totale di 2.078 casi, 1.030 studenti appartengono al gruppo di intervento, 1.048 al gruppo di controllo.

Per quanto riguarda le variabili di esito primarie sono state effettuate le analisi statistiche, che non hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi, su percezione del proprio stato di salute, percezione di sintomi psicosomatici e percezione del proprio benessere psicologico per rilevare l'effetto dell'intervento.

Complessivamente l'immagine rilevata corrisponde a un campione di pre-adolescenti che dichiara di sentirsi in salute e di stare bene (Tab. 2). La percentuale di soggetti che dichiara di percepire la propria salute come buona o addirittura eccellente è infatti molto alta, in linea con i dati rilevati a livello nazionale sul medesimo target di popolazione (11).

Tuttavia, si riscontra sulla percezione di sintomi psicosomatici una differenza che tende alla significatività statistica tra gruppo di intervento e di controllo, riguardo la frequenza di percezione di morale basso. Seppure in entrambi i gruppi, tra il pre ed il post intervento, diminuisca la percentuale di studenti che dichiara di non aver mai avuto il morale basso (dal 43% al 34%), notiamo incrementi più rilevanti tra i pre-adolescenti del gruppo di intervento che dichiarano di aver avuto il morale basso una o due volte al mese (dal 29% al 31%) e una o più volte a settimana (dal 27% al 35%). (Tab. 3).

La frequenza di umore basso nel campione totale, che può essere sia legato a nuove e

	Pre-intervento (%) (N=2069)		Post-intervento (%) (N=2069)	
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo
Eccellente	39.4	34.5	39.9	37.8
Buona	53	56.3	51.7	53.6
Discreta	7	8.7	7.7	8
Scadente	0.6	0.5	0.7	0.7

Tabella 2- Percezione del proprio stato di salute

maggiori richieste da parte dell'ambiente circostante a cui far fronte man mano che si cresce e che richiedono ai giovani di utilizzare competenze e risorse più complesse, sia a un fisiologico aumento al crescere dell'età nella frequenza di percezione di sintomi somatici e psicologici, è in linea con quanto rilevato a livello nazionale e internazionale dallo studio HBSC sulla medesima popolazione target (11,21). L'aumento maggiore nella frequenza di percezione di umore basso una o più volte a settimana nel gruppo di intervento può essere interpretato come effetto di una maggiore conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri stati emotivi interni in seguito all'intervento. Nonostante si tratti di un risultato inatteso, che però conferma nuovamente quanto emerso nello studio di valutazione della precedente edizione del programma (22), è possibile interpretare positivamente tale risultato alla luce di quanto indicato dalla letteratura scientifica secondo cui la capacità individuale di riconoscere aspetti positivi e negativi di sé è un fattore protettivo nel processo di costruzione dell'identità, che è il compito di sviluppo principale in adolescenza (24-26). In merito al benessere psicologico, nella preadolescenza inizia ad affermarsi un atteggiamento più introspettivo e critico (27): in questo senso i soggetti del gruppo di intervento, in particolare le ragazze, sembrano aver acquisito una maggiore capacità non solo di riconoscere le proprie emozioni e i propri vissuti, ma anche maggiori capacità interpersonali ed empatiche nel relazionarsi con altri significativi. Nel periodo iniziale dell'adolescenza vi è una differenziazione tra ragazzo e ragazza nelle modalità di rapportarsi con i coetanei. Se i ragazzi considerano più importante "fare delle attività" insieme ai loro amici, le ragazze instaurano e privilegiano rapporti di maggior intimità, basati sulla reciprocità, sulla condivisione emotiva e sullo scambio di confidenze (1,28-29). Questi aspetti rappresentano un ingrediente fondamentale della più generale competenza socio-emotiva, a sua volta associata a una dimensione di miglior adattamento psicologico e resilienza. Per quanto riguarda le variabili di esito secondarie – successo scolastico, comportamento prosociale, aggressione fisica e verbale, consumo e abuso di alcol, attività fisica e alimen-

	Pre-intervento (%)		Post-intervento (%)	
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo
	n=1002	n=1036	n=1023	n=1041
Mai	42.9	42.6	34.0	34.2
1-2 volte/mese	29.5	29.7	31.0	36.4
1+ volte/settim ana	27.5	27.7	35.0	29.4
		Chi quadrato= 9.53; gdl=2; p= .009		

Tabella 3- Negli ultimi 30 giorni, quante volte hai avuto il morale basso?

	Pre-intervento (%)		Post-intervento (%)		Stima Rischio
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo	OR=.724 (0.86, 1.191)
No	98.4	97.3	95.6	94.6	
Sì	1.6	2.7	4.4	6.0	

Tabella 4- Hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?

tazione scorretta - non sono stati rilevati effetti statisticamente significativi dell'intervento; mentre in relazione al fumo di sigarette emerge come la maggior parte dei ragazzi di entrambi i gruppi non fumi (il 97% del gruppo di controllo ed il 98% del gruppo sperimentale), anche se si evidenzia un'associazione positiva nel corso del tempo tra gruppo di controllo e aver fumato negli ultimi 30 giorni (OR=.724; Tab. 4).

I risultati non statisticamente significativi rilevati sulle variabili di esito secondarie, che confermano quanto emerso nello studio di valutazione della precedente edizione, possono essere spiegati facendo riferimento alle caratteristiche della popolazione target del programma. Si tratta di una fascia d'età ancora poco coinvolta e esposta ai comportamenti a rischio per la salute e il benessere psicosociale tipici dell'età adolescenziale. Alcuni comportamenti a rischio non sono per i 12-13enni ancora psicologicamente rilevanti e significativi, ma lo possono diventare a un'età maggiore, di conseguenza, anche in questo caso, il breve lasso di tempo intercorso tra le due rilevazioni dei dati non consente di rilevare effetti significativi dell'intervento. A questo proposito, d'altra parte, la letteratura indica come sia utile intervenire precocemente rispetto al coinvolgimento nel rischio, sottolineando come l'età migliore per la prevenzione sia quella immediatamente precedente l'inizio della sperimentazione nei diversi comportamenti a rischio, come il fumo di sigarette o il consumo di alcolici (30-31).

Infine, è stato valutato l'effetto dell'intervento su alcuni possibili mediatori: autoefficacia interpersonale, autoefficacia empatica, efficacia nel gestire le emozioni negative e capacità di esprimere quelle positive, soddisfazione complessiva per l'esperienza scolastica (quest'ultima costituita da autostima scolastica, interesse verso lo studio, rapporto con i compagni e con gli insegnanti). L'autoefficacia interpersonale dei giovani risulta abbastanza elevata sia prima che dopo l'intervento, in entrambi i gruppi. A seguito dell'intervento, tuttavia, si percepiscono maggiormente efficaci le ragazze del gruppo sperimentale (Traccia di Hotelling =.002; $F(1873,1)=4.48$; $p=.034$). Anche per quanto riguarda le capacità empatiche e metacognitive emerge una differenza statisticamente significativa: le ragazze del gruppo sperimentale, a seguito dell'intervento, riportano livelli maggiori nelle proprie capacità empatiche (Traccia di Hotelling =.002; $F(1939,1)=3.91$; $p=.048$) (Tab. 5).

	Pre-Intervento (medie)		Post-intervento (medie)		
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo	
Autoefficacia Emozioni Negative	M 25.3	25.4	25.8	26.1	Traccia di Hotelling =.000; F =.82 (gdl=1962,1); Significatività p=.088
	F 23.6	23.2	23.4	23.7	
Autoefficacia Emozioni Positive	M 28.3	28.3	28.4	28.6	Traccia di Hotelling =.001; F=2.35 (gdl=2014,1); Significatività p=.126
	F 29.3	29.2	29.4	29.1	
Autoefficacia Empatica	M 40.7	40.8	41.0	42.1	Traccia di Hotelling=.002; F=3.91 (gdl=1939,1) Significatività p = .048*
	F 42.5	42.1	43.0	42.3	
Autoefficacia Interpersonale	M 49.8	50.6	49.9	50.9	Traccia di Hotelling =.002; F=4.48 (gdl=1873,1); Significatività p=.034*
	F 47.6	47.6	48.4	47.3	

Tabella 5- Capacità emotive e sociali (Anova Misure Ripetute)

L'intervento sembra dunque aver agito positivamente su un altro degli elementi, l'autoefficacia empatica e nelle relazioni interpersonali, che favorisce la capacità dell'individuo di far fronte agli ostacoli e alle avversità della vita data, capacità determinata dall'interazione tra risorse individuali e contesto relazionale e ambientale (32).

Non sono emerse ulteriori differenze statisticamente significative rispetto agli altri mediatori di autoefficacia considerati.

Riflessioni conclusive

La scuola rappresenta un contesto privilegiato per l'attuazione di programmi volti non solo a prevenire il rischio, ma anche e soprattutto a promuovere lo sviluppo dei giovani.

Essa svolge un ruolo educativo che non si esaurisce nella trasmissione formale di saperi e conoscenze, ma è deputata a fornire sostegno ai ragazzi e alle ragazze a integrare le proprie conoscenze per indirizzare in modo consapevole le proprie scelte di vita e per far fronte adeguatamente ai diversi compiti di sviluppo che il percorso di crescita pone. D'altro canto sappiamo come l'adattamento alla scuola rappresenti un compito evolutivo centrale nella vita dei giovani: un'esperienza scolastica arricchente, dal punto di vista cognitivo, emotivo e relazionale, svolge un ruolo rilevante nel processo di costruzione della propria identità e influisce sulla loro percezione di benessere psico-sociale (1,25).

Complessivamente, il progetto realizzato costituisce un'esperienza innovativa nel panorama italiano sia per lo sforzo in termini di valutazione dell'intervento sia per il lavoro di messa in rete di soggetti (operatori sanitari, funzionari istituzionali, insegnanti, ecc.) che a vario titolo si occupano di preadolescenti in ambito scolastico. Da una parte infatti il gruppo di lavoro ha raccolto quanto raccomandato a livello di letteratura e di comunità scientifica circa la necessità di valutare gli interventi in modo da evitare l'implementazione e la disseminazione su ampi campioni di popolazione di interventi di cui non si conosce la reale efficacia, dimostrando disponibilità e impegno nell'utilizzo di metodi rigorosi di valutazione al fine di far avanzare le conoscenze scientifiche e di migliorare il livello della promozione della salute e della prevenzione in Italia. Dall'altra si è riscontrata un'alta adesione da parte degli operatori sanitari e degli insegnanti, il che denota non solo che il programma *Diario della Salute* viene percepito come utile e adatto a essere implementato in ambito scolastico con i pre-adolescenti, ma anche che è possibile condurre uno studio di valutazione di efficacia in contesti reali di pratica e su popolazioni in condizioni normali di vita. Si tratta di un aspetto importante che va a sostegno della fattibilità dell'implementazione del programma e della valutazione condotta secondo metodologie di studio rigorose e solide. Ciò nonostante è doveroso sottolineare come gli studi di valutazione di efficacia degli interventi, per poter essere condotti in modo rigoroso e per poter offrire risultati sufficientemente informativi, necessitano di un notevole investimento di risorse umane e economiche e di tempi lunghi di raccolta e analisi dei dati. Quanto effettuato in questa sede rappresenta solo il primo passo di un percorso ben più complesso finalizzato alla valutazione di efficacia degli interventi.

Lo studio di valutazione infatti presenta alcuni limiti, quali la numerosità del campione che rende difficoltoso rilevare un cambiamento nel breve periodo considerato, l'assenza di una rilevazione di lungo termine, la misura della reale fedeltà dell'implementazione valutata solo con la scheda auto-compilata dagli insegnanti, la mancanza di un approfondimento qualitativo che consentirebbe di cogliere le tante sfumature emerse dai materiali prodotti in classe e da commenti ed e-mail inviati al gruppo di coordinamento da operatori e insegnanti che dichiarano di aver rilevato significativi cambiamenti nel clima di classe laddove è stato realizzato il programma.

Sulla base dei risultati emersi, è possibile delineare alcune prospettive future che potrebbero costituire nuovi ambiti di sperimentazione e valutazione del programma. Innanzitutto, il programma Diario della Salute, originariamente creato come intervento di promozione della salute e prevenzione universale per preadolescenti provenienti da “campioni normativi”, potrebbe essere anche implementato come intervento di tipo selettivo, ossia su una popolazione di preadolescenti in condizioni di rischio psico-sociale e più compromessi dal punto di vista delle capacità emotive e sociali individuali.

In secondo luogo, potrebbe anche essere altrettanto utile per ampliare le conoscenze scientifiche attualmente disponibili, implementare il programma su un campione di adolescenti, ossia di soggetti in condizioni normali di vita ma con un'età maggiore rispetto a quella della popolazione target originaria e quindi quando determinati atteggiamenti e comportamenti, che possono compromettere la salute e il benessere psicologico sia nel breve che nel lungo periodo, si affacciano nella vita degli adolescenti.

In ultima analisi, prevedere delle sessioni di rinforzo, oltre alle unità didattiche di base già previste, da realizzare nell'anno successivo all'implementazione del programma potrebbe rafforzare i risultati ottenuti.

BIBLIOGRAFIA

1. Palmonari A (editor). Psicologia dell'adolescenza. Bologna: Il Mulino; 2011.
2. Arnett JJ Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens through the Twenties. Oxford: Oxford University Press; 2004.
3. Bonino S, Cattellino E (editors). La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute. Trento: Edizioni Erickson; 2007.
4. Bonino S, Cattellino E, Ciairano S. Adolescenti e rischio. Firenze: Giunti Editore; 2007.
5. WHO. Life skills education for children and adolescents in schools. Geneva: World Health Organization, Technical Documents; 1994 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf)
6. Botvin G, Griffin KW. Life Skills Training: empirical findings and future directions. The Journal of Primary Prevention 2004 25, 2: 211-232.
7. WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (www.dors.it/cosenostre/testo/201409/2013_Health2020-Short_ENG.pdf).
8. WHO. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (www.dors.it/cosenostre/testo/201506/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf).
9. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977 196: 129-36.
10. Marmocchi P, Dall'Aglio C, Zannini M. Educare le Life Skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Trento: Edizioni Erickson; 2004.
11. Cavallo F, Lemma P, Dalmasso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D. 4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014. 2016 (www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/report_nazionale_2014.comp.pdf)

12. Kipping RR, Campbell RM, Mac Arthur GJ, Gunnell DJ, Hickman M. Multiple risk behavior in adolescence. *Journal of Public Health* 2012 34(1): i1-i2.
13. Jackson C.A, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of public health* 2012 34(suppl 1):i31-i40.
14. Biglan A, Brennan PA, Foster SL, Holder H. *Helping Adolescents At Risk: Prevention of Multiple Problem Behaviors*. London, UK: The Guildford Press; 2004.
15. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey Kane E, Davino K. What Works in Prevention. *Principles of Effective Prevention Programs*. The American Psychologist 2003 (<https://endingviolence.uiowa.edu/assets/What-Works-in-Prevention.pdf>).
16. Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman ME. Prevention that works for children and youth. An introduction. *The American Psychologist* 2003 58(6-7): 425-432.
17. Giannotta F, Ciairano S, Weichold K, Silbereisen R, Testa S. Un intervento di life skills nella scuola media per la prevenzione dell'uso di sostanze. *Psicologia dell'Educazione* 2008 2(3):325-44.
18. Giannotta F, Settanni M, Kliwer W, Ciairano S. Results of an Italian School-Based Expressive Writing Intervention Trial Focused on Peer Problem. *Journal Adolescence* 2009 32:1377-90.
19. Molinari L, Speltini G. Il fenomeno delle prepotenze in classe e le dimensioni della competenza sociale. *Psicologia clinica dello sviluppo* 2001 1:95-116.
20. Pianta RC. Adult-child relationship processes and early schooling. *Early education and development* 1997 8(1).11-26.
21. Hetland J, Torsheim T, Aarø, LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002 30(3): 223-230.
22. Allara E, Faggiano F, Molinar R, Marinaro L, Ermacora A, Beccaria F. A School-based Program to Promote Well-being in Preadolescents: Results from a Cluster Quasi-Randomized Controlled Trial. *The Journal of Primary Prevention*. *Submitted*.
23. Havighurst RJ. *Developmental tasks and education*. New York: Davis Mc Kay; 1952.
24. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry* 1985 147(6):598-611.
25. Aleni Sestito L (editor) *Processi di formazione dell'identità in adolescenza*. Napoli: Liguori Editori; 2004.
26. Crocetti E, Rabaglietti E, Sica LS. Personal Identity in Italy. In Schwartz SJ, editor. *Identity Around the World*. *New Directions for Child and Adolescent Development* 2012 , 138, 87-102.
27. Berzonsky MD, Branje SJ, Meeus W. Identity-processing style, psychosocial resources, and adolescents' perceptions of parent-adolescent relations. *The Journal of Early Adolescence* 2007 27(3):324-345.
28. Rabaglietti E, Ciairano S. Quality of friendship relationships and developmental tasks in adolescence. *Cognition* 2008 XII(2):183-203.
29. Marengo D, Rabaglietti E, Tani F. Internalizing Symptoms and Friendships Stability: longitudinal Actor-Partner Effects in Early Adolescent Best Friends Dyads. *Journal of Early Adolescence* 2017 DOI: 0272431617704953.
30. Gottfredson D, Wilson D. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science* 2003 4(1): 27-38.
31. Weichold K, Giannotta F, Silbereisen RK, Ciairano S, Wenzel V. Cross-cultural evaluation of a life-skills programme to combat adolescent substance misuse. *Sucht* 2006 52(4), Hogrefe AG. 268-278.
32. Vecchio G. *Lo sviluppo delle Life Skills negli adolescenti: Autoefficacia e Competenza*. Tesi di Dottorato Università La Sapienza, Roma; 2005.

Dichiarazione

I materiali didattici del progetto “Diario della Salute. Percorsi di promozione della salute tra i pre-adolescenti – II Edizione A.S. 2015-2016” sono stati realizzati con il contributo di Fondazione CRT, Regione Piemonte e Regione del Veneto. La prima edizione è stata realizzata con il contributo del CCM – Ministero della Salute.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli Operatori Sanitari delle ASL/ULSS, i Dirigenti scolastici, gli insegnanti e gli studenti delle scuole che hanno partecipato al progetto, la Regione Piemonte e la Regione Veneto e la Fondazione Cassa di Risparmio di Torino.

L'elaborazione dati è stata realizzata da Giorgia Molinengo.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno