

La Scuola Promotrice di Salute: elaborazione di concetti chiave, costruzione di modelli e sviluppo dell'evidenza scientifica

Paola Beatini

Dottore di ricerca in educazione sanitaria, Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia, Sezione Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, organizzazione e programmazione sanitaria, epidemiologia ambientale

Parole chiave: scuola promotrice di salute, concetti chiave, modelli

Key words: health promotion schools, key concept, models

RIASSUNTO

Sono presentati i concetti chiave e alcuni dei principali modelli di scuola promotrice di salute presenti nella letteratura internazionale. Dal modello di Tones che individua quelli che permarranno i tre concetti base - curriculum, ethos e ambiente scolastico, legami con la comunità -, al modello di Konu e Rimpela fortemente centrato su un modello sociale di salute e sui suoi determinanti nel contesto scolastico - autorealizzazione, autodeterminazione, soddisfazione e qualità della vita -, al modello di Markham e Aveyard che enfatizza il ruolo esclusivamente educativo della scuola quale pre-requisito di salute. L'analisi evidenzia come il lavoro di ricerca finalizzato a individuare gli elementi strutturali caratterizzanti il contesto scolastico e i conseguenti tentativi di correlare al benessere dei soggetti in età evolutiva tali fattori, abbia portato ad un'analisi sempre più approfondita dell'esperienza scolastica nel suo complesso e ad inserirla in una prospettiva di risorsa-rischio per la salute dello studente.

SUMMARY

We present here the key concept and some of the main models of health promotion schools reported in the international literature: the Tones model, which set the three basic concepts (curriculum, ethos and school environment, links with community); the Konu & Rimpela model, strongly focused on a social model of health and its determinants in the school context (self-realization, self-determination, satisfaction and life quality); the Markham & Aveyard model, which outlined the educational role of school as a requirement for health. The research work oriented to the definition of structural elements which are peculiar to school, and the attempts to relate these factors with the welfare of subjects in evolutionary age resulted in an exhaustive analysis of the whole school experience, and included it in a resource-risk perspective for the health of the student.

Premessa

Il *quadro di riferimento teorico* e i criteri per la definizione di *concetti* e la costruzione di *modelli* di una scuola promotrice di salute (SPS) si sviluppano a partire dagli anni '90 nel Regno Unito, nella regione OMS del Pacifico occidentale e, successivamente, in diversi Paesi europei.

Lo sviluppo di *teorie ed evidenze scientifiche* in questo ambito segue l'evoluzione delle diverse scuole che caratterizzano lo scenario internazionale della promozione della salute all'interno del quale si può riconoscere un'Europa del nord che ha sicuramente la maggiore visibilità: il Regno Unito caratterizzato da un vantaggio non trascurabile e i paesi scandinavi (Finlandia e Svezia in particolare) contraddistinti da grande dinamicità che hanno ottimizzato il loro lavoro e la loro possibilità di essere al centro della circolazione dell'informazione internazionale sia nella ricerca che nella pratica.

Per elaborare un modello di SPS era prioritario identificare gli *elementi strutturali* caratterizzanti il *setting*¹ (contesto) scuola (per definire gli *obiettivi* delle conseguenti azioni da realizzare al suo interno), elementi che venissero al contempo riconosciuti dalla *evidenza scientifica* come reciprocamente *correlati* al benessere dei soggetti e per il supporto a stili di vita

favorevoli alla salute.

Tones e i primi concetti chiave: curriculum, contesto, legami con la comunità

Keith Tones identifica tre concetti chiave quali elementi strutturali su cui fondare una scuola intesa come *healthy setting* /contesto favorevole alla salute nel quale studiare, vivere, lavorare (Tones, 1996):

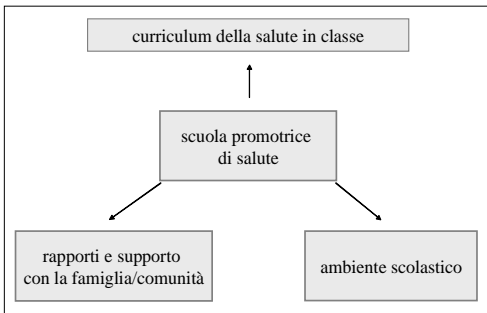
1. curriculum formale della salute in classe
2. ambiente scolastico (organizzativo, fisico, relazionale)
3. rapporti con la famiglia e la comunità inclusi i servizi sanitari

La SPS sostiene pertanto il principio che la salute del soggetto possa essere accresciuta attraverso un *curriculum della salute* "pensato" e programmato all'interno dei vari ordini di scuola, garantendo un ambiente di sostegno e sicuro da un punto di vista fisico e sociale, che possa assicurare ai ragazzi scelte di salute sane, e che la promozione della salute possa essere rafforzata attraverso l'interazione con contesti esterni e la formazione di alleanze con la comunità, e che ciò possa, a sua volta, positivamente influenzare la comunità nella quale le scelte di salute dei ragazzi sono agite.

Da ciò l'esigenza di collaborazioni

¹ Per il termine *setting* si utilizza la definizione di *setting* di D. Nutbeam "un condizione, luogo o contesto sociale all'interno del quale la gente svolge attività quotidiane nelle quali interagiscono fattori ambientali, organizzativi e personali che influiscono sulla salute e sul benessere (Nutbeam D. (1998), *Health Promotion Glossary*, Health Promotion International. 13. 4, 1-6)

intersettoriali tra il settore educativo/formativo e quello socio-sanitario della società, a tutti i livelli politici -locale, nazionale e internazionale- per condividere finalità e obiettivi, ma anche risorse umane e finanziarie.



da: Tones, 1996

All'interno dei tre concetti chiave sono identificati 12 criteri su cui una SPS deve essere costruita. Sono i seguenti:

1. Curriculum

- programmazione e realizzazione di un curriculum della salute continuo e accessibile a tutti
- utilizzazione di metodologie di insegnamento di alta qualità, caratterizzato da un approccio positivo e basato su un lavoro condiviso con gli studenti e centrato sulle loro esperienze
- elaborazione di una serie di politiche correlate alla salute che siano in accordo con gli obiettivi della scuola

- implementazione di politiche correlate alla salute e monitoraggio di eventuali cambiamenti di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti degli studenti
- promozione di cambiamenti di atteggiamenti e comportamenti favorevoli alla salute in tutti i ragazzi attraverso un ampio range di attività fisiche, accademiche, sociali e comunitarie

2. Ethos² e ambiente scolastico

- garanzia di un ambiente sicuro e che incoraggi gli studenti ad essere sani e sicuri sia all'interno che all'esterno della scuola
- promozione attiva di opportunità che sviluppino l'autostima e la fiducia in se stessi degli studenti, mettendoli in grado di assumere iniziative, di fare scelte, esercitare la loro responsabilità sulla propria e l'altrui salute
- crescita della comprensione del ruolo generale e degli obiettivi nella scuola per l'educazione alla salute e del contributo che i singoli individui possono offrire attraverso le proprie capacità e qualità personali
- creazione di un clima scolastico caratterizzato da buone relazioni, rispetto e considerazioni reciproche
- promozione della salute e del benessere di studenti e corpo docente, in particolare evidenziando il ruolo di quest'ultimo quale modello esemplare anche per i comportamenti di salute

² L'ethos di una scuola è riferibile alla "cultura" o "clima" di una scuola, esso ha un significativo impatto sull'atmosfera in cui studenti e insegnanti vivono e lavorano. Costituisce una rete di componenti che interagiscono tra loro (relazioni sociali, attività di lavoro, politiche scolastiche...)

3. *Rapporti con famiglia e comunità*

- sviluppo di buone relazioni con altre scuole, genitori degli studenti e la comunità in un ampio *range* di iniziative che promuovano la salute
- impiego efficace di agenzie esterne e servizi specialistici per stimolare, sostenere e contribuire alla promozione della salute.

Curriculum

Tones chiarisce il ruolo del *curriculum* della salute di una SPS e lo definisce quale processo orientato non esclusivamente alla trasmissione di conoscenze su argomenti di salute per la modifica e la prevenzione di comportamenti errati e per la promozione di comportamenti corretti, ma finalizzato piuttosto all'acquisizione di competenze per le scelte e per l'autonomia di queste scelte (*empowerment*), facendo esplicito riferimento ad una *educazione sociale* e richiamandosi in tale senso a Freire e alla sua concezione di una "educazione radicale", un'educazione finalizzata cioè alla *costruzione di una consapevolezza critica* (Freire, 1972). In tale senso parla di funzione "sovversiva" dell'educazione sanitaria, con riferimento anche all'educazione in generale.

Sin dai primi studi quindi la SPS enfatizza il ruolo di un "agire" l'azione didattica attraverso metodologie centrate sul soggetto, che ne favoriscano il coinvolgimento, caratterizzate da relazioni

positive, pure se la loro applicazione viene però centrata sui curricula di educazione sanitaria e sullo sviluppo di conoscenze in tale ambito.

L'educazione sanitaria nel curriculum può essere presente in vari modi - o una linea "tracciata" di argomenti (progettazione di linee-guida) o all'interno di altri contesti disciplinari. Quello che appare significativo è che essa sia programmata e non legata a fattori contingenti e utilizzi il concetto di "curriculum a spirale", costituisca cioè un percorso continuo attraverso tutti i gradi della scuola e che utilizzi metodi partecipativi e favorevoli a un apprendimento attivo dello studente.

In riferimento al secondo elemento (ambiente scolastico) Tones evidenzia la necessità di un *contesto scolastico* che stimoli lo sviluppo di condizioni fisiche, psicologiche e sociali che "rendano la scelta favorevole alla salute la scelta facile", intendendo con ciò la necessità di politiche scolastiche coerenti con la promozione della salute quali quelle relative alla nutrizione (mense, luoghi di ricreazione) al fumo, di modo che l'ethos scolastico diffonda un messaggio coerente con quanto veicolato in classe nel curriculum della salute.

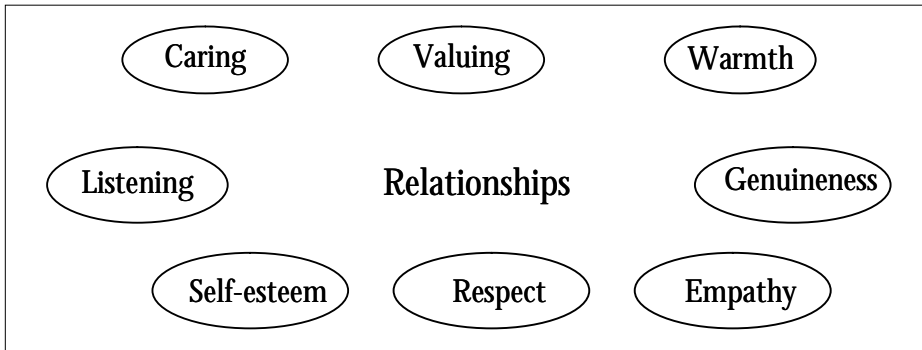
Contesto di sostegno

La scuola dovrà essere - continua Tones - un contesto di sostegno³ (*supportive setting*)

³ per l'aggettivo inglese *supportive* useremo nella traduzione in italiano l'espressione *di sostegno* intendendo però con questa non tanto un'accezione di supporto a una mancanza, a un handicap, ma nella accezione positiva (caratteristica della promozione della salute), quale *relazione favorente* una predisposizione, una capacità, una abilità, una competenza da portare a piena luce, da valorizzare, da arricchire.

alla salute fisica e psicologica dello studente e corrispondente ai suoi bisogni sociali. Il riferimento è anche qui a una di-

dattica che favorisca l'apprendimento, relazioni educative corrette tra insegnante e studente, che incoraggino quest'ulti-



da: Weare K. (1998) The Health Promoting School- An overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness

mo ad avere un ruolo nel contesto scuola.

L'ambiente scolastico viene pertanto definito essenzialmente quale ambiente-psico-sociale.

La ricerca ha dimostrato infatti come le relazioni sociali siano una componente importante nella vita umana (Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1988), se positive esse possono dare un senso di appartenenza o garantire un supporto in situazioni specifiche (Cohen & Wills, 1985).

Tra i ragazzi in età scolare tre sono le fonti principali di relazioni sociali e di sostegno (Cauce, 1982); studenti, insegnanti e genitori e ognuno di questo garantisce un diverso tipo di relazione.

I genitori e i compagni rappresentano relazioni intime e informali, mentre gli insegnanti rappresentano una fonte di relazione formale e meno intima (Caplan,

1989); Cauce & Srebnik, 1990), un'altra dimensione del supporto sociale è correlata alla sua rilevanza nel *setting* specifico (Cauce & Srebnik, 1990).

Il sistema di supporto formale offerto dagli insegnanti sembra avere un alto grado di rilevanza all'interno del *setting* scuola, mentre un minore grado nell'ambito specifico la relazione con i genitori.

Maggiore rilevanza sembra avere la relazione con i compagni (Nafvung, 2003).

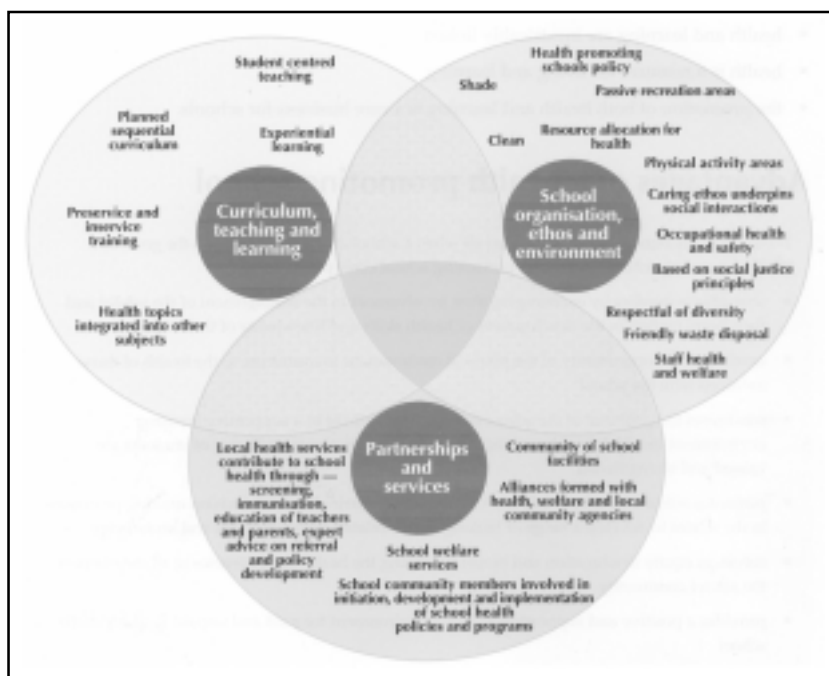
Rapporti con famiglia e comunità

Per quanto riguarda il terzo elemento (*rapporti con famiglia e comunità*) la famiglia è valorizzata da una parte quale primo elemento in grado di influenzare il processo di socializzazione del ragazzo e riconoscendo tale elemento quale uno dei primi de-

terminanti del successo scolastico dello studente, dall'altro riconoscendo la capacità della famiglia di incidere anche sulle scelte di salute dei figli: tale riconoscimento comporterà il suo coinvolgimento nelle politiche di educazione e promozione della salute nella scuola.

Le Aree di influenza di una SPS nel Modello Australiano

I tre concetti chiave individuati da Tones sono presenti quali aree di influenza per una SPS anche da Angley e Young (Angley & Young, 1996) nel modello OMS del Pacifico Occidentale.



da: National Health and Medicine Research Council (1996) Effective school health promotion, Australian Government Publishing Service, Canberra.

Articoli

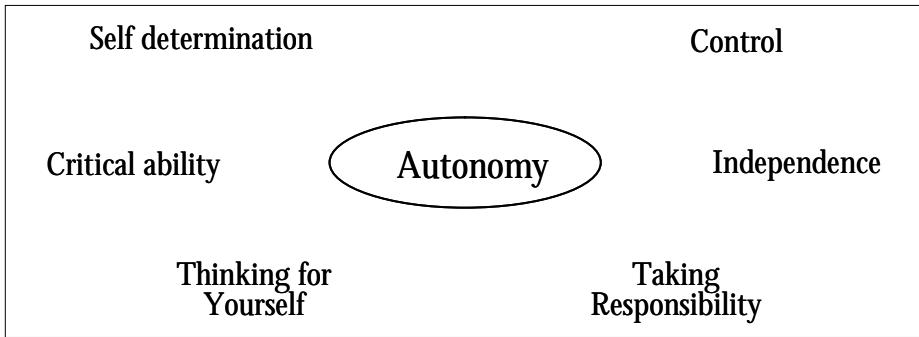
Il *curriculum* programmato, garantito da una formazione degli insegnanti pre e post-lauream, inserito nei percorsi scolastici è finalizzato a fornire una serie di conoscenze agli studenti perché siano informati sulle scelte significative per la loro salute, sviluppare una serie di capacità rilevanti per la salute fisica e psico-sociale,

favorire aspetti come l'*autostima* e la *resilienza*; considera la salute da un punto di vista positivo ed è centrato *su un concetto di salute positivo* e sul benessere piuttosto che su problemi correlati alla salute.

Vengono individuate le metodologie di insegnamento che possono favorire lo sviluppo di capacità nella assunzione di

decisioni e nel pensiero critico e consentire agli studenti di trasferire praticamente in comportamenti di salute i loro apprendimenti: *negoziiazione del curriculum, apprendimento esperienziale, peer tutoring, apprendimento cooperativo, ricerca-azione, scoperta guidata*.

Si parla di un apprendimento che favorisca la sicurezza, garantisca esperienze di relazioni positive, sviluppi la capacità di *autonomia* e *autodeterminazione* e le possibilità di contribuire alla costruzione di conoscenze in maniera costruttiva.



da: Weare K. (1998) The Health Promoting School- An overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness

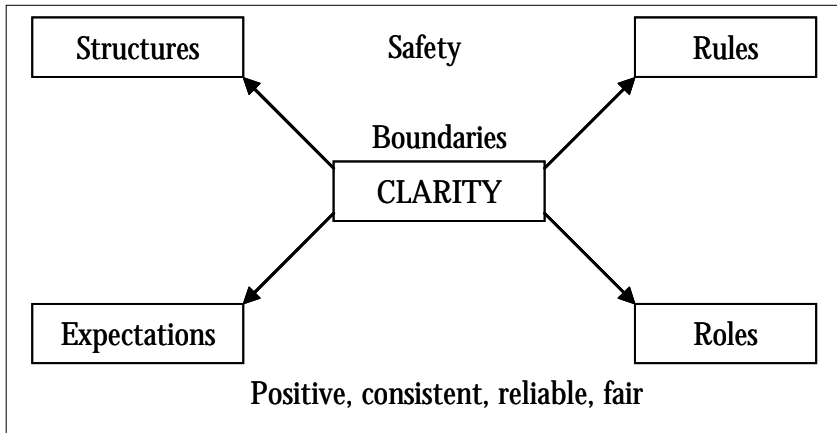
L'evidenza scientifica riferisce il concetto di *autodeterminazione* e controllo dello studente sia all'*ambiente organizzativo* (regole e norme della scuola), sia alle responsabilità e al grado di partecipazione e autonomia che sono date allo studente nel lavoro scolastico.

Da un punto di vista dell'organizzazione scolastica l'equità e la rilevanza delle regole e il grado al quale lo studente è collocato per influenzare le proprie condizioni di lavoro sono infatti in grado di influenzare il modo in cui lo studente si inserisce all'interno dell'ambiente scolastico e di conseguenza di come egli si sente all'interno della scuola (Mortimore, 1998).

E' introdotto il concetto di *trasparenza*

intesa come esperienza strutturale, vale a dire come sicurezza nelle aspettative nei confronti degli altri e conoscenza del proprio ruolo, delle norme e le regole, i valori dell'organizzazione.

Le persone non si relazionano tra di loro in maniera positiva in un ambiente caratterizzato da clima con alti livelli di incertezza e ambiguità. Gli studenti studiano di più, hanno risultati migliori, apprendono meglio e sono più motivati se i loro insegnanti mostrano una chiara *leadership*. I ragazzi imparano meglio sia da un punto di vista cognitivo che affettivo, in classe con alti livelli di obiettivi direttivi e se il lavoro è meglio organizzato. Anche gli insegnanti lavorano meglio se i loro obiettivi sono chiari, sono più motivati e più effica-



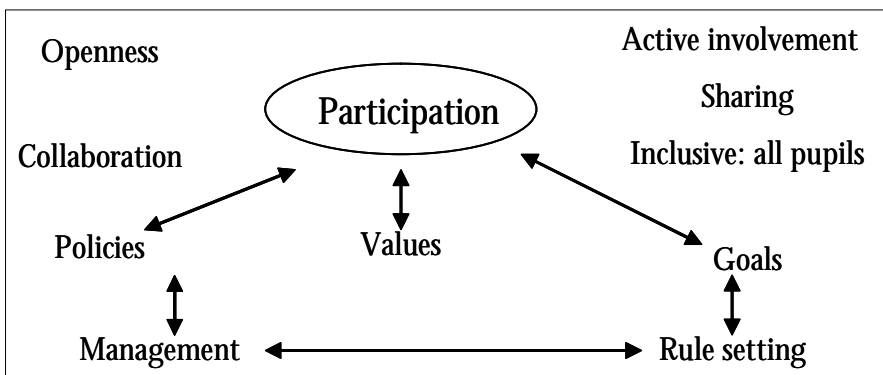
da: Weare K. (1998) The Health Promoting School- An overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness

ci nelle loro prestazioni professionali.

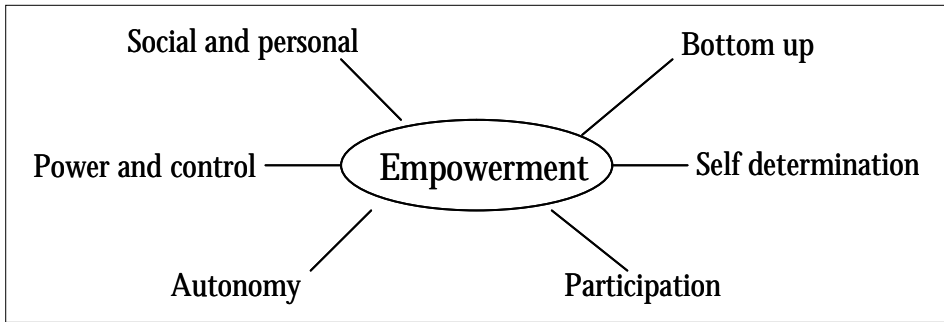
In un'ottica più strettamente connessa al processo di apprendimento, solo un percorso *partecipativo* e autonomo può garantire allo studente l'esperienza che andare a scuola ha per lui un intrinseco interesse e questo ha un'influenza positiva sull'inserimento nella scuola e sugli esiti di salute (Csizentmihail, 1992).

Il concetto di *partecipazione* si connette direttamente a quello di *empowerment*.

L'*empowerment* non è da ritenersi giustificabile solo in termini etici, ma si è dimostrato più efficace per il cambiamento sia nella salute che nell'educazione, usa l'approccio *bottom up* che è quello genuinamente democratico e assicura che il processo di pds sia fatto con piuttosto che per.



da: Weare K. (1998) The Health Promoting School- An overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness



da: Weare K. (1998) The Health Promoting School- An overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness

Lo scopo dell'*empowerment* non è la semplice adesione (*compliance*), ma quello di favorire l'autonomia. Questo significa autodeterminazione e controllo sul proprio lavoro e la propria vita, attraverso l'acquisizione di un pensiero e di un'azione critica e indipendente.

Gli studenti studiano meglio se gli insegnanti concedono loro un alto livello di responsabilità e di libertà e si sentono più inseriti se il livello dell'organizzazione e della struttura è idoneo alla loro età, stato e personalità.

Il concetto di capacità di benessere come autonomia, autodeterminazione si connette a quello di assenza di stress negativo (HBSC, 1998).

Studi condotti su diverse occupazioni hanno mostrato infatti che alti livelli di autonomia dello staff comportano un'ampia gamma di benefici, inclusi una diminuzione dei livelli di stress, minore assenteismo e morale più alto.

Le reazioni di stress sono il risultato dello sforzo percepito che si mostrano come uno squilibrio tra il livello di diffi-

coltà e le aspettative richieste e le risorse possedute per andare incontro a tali necessità. C'è un squilibrio sia quando la domanda è troppo alta o troppo bassa rispetto alle capacità individuali.

Il livello di controllo sui compiti è importante (Pearlin, 1983). Più controllo è dato allo studente, più la richiesta di lavoro è tollerata prima che comporti una reazione di stress. Allo stesso modo il sostegno da insegnanti e studenti può aiutare lo studente a far fronte a percezioni di tensione prima che si determinino situazioni di tensioni che provochino reazioni di stress.

Situazioni di tensione severa possono lasciare nel soggetto la percezione di un'incapacità di far fronte e determinare una capacità di controllo e un'autostima negativa. Ridurre l'autostima rende l'individuo più vulnerabile può portare l'individuo a situazioni di stress e a disturbi soggettivi di salute (Carton, 1995; Parson & Steras, 1997; Piquart, 2003; Torsheim, 2001).

Come la ricerca scientifica evidenzia l'importanza di un lavoro scolastico ca-

ratterizzato da autonomia, partecipazione, assenza di stress negativo quale determinante fondamentale della promozione della salute degli studenti, così al contempo le ricerche scientifiche rilevano la stretta correlazione tra successo nel lavoro scolastico e benessere.

I successi scolastici hanno infatti un immediato effetto sull'autostima e sul benessere generale degli studenti (Byrne, 1984; Covington & Beery, 1976; Hoge, 1990; Schunk & Zimmermann, 1994; Mortimore, 1998).

Gli studenti che hanno successo a scuola tendono a sviluppare un senso di appartenenza alla scuola, quelli in difficoltà tendono a sentirsi emarginati (Coleman & Collinge, 1991; Ekstrom., 1986; Finn, 1989; Mortimore, 1998).

In senso lato il successo scolastico e i titoli di studio determinano il futuro dello studente in termine di ulteriore formazione e conseguente possibilità di lavoro (Finn, 1989; Schunk & Zimmermann, 1994).

La ricerca dimostra quindi con forza (Weare, 1998) che non c'è un contrapposizione tra tradizionali obiettivi scolastici e gli obiettivi della promozione della salute: anzi vi è perfetta sovrapposizione.

Le stesse condizioni portano a entrambi i tipi di obiettivi e ogni tipo di attività tende a supportare l'altra.

I tre concetti chiave originariamente individuati da Tones permarranno quali "pilastri" in molti dei modelli europei presenti in letteratura europea sulla SPS (Jensen & Simosvka, 2002).

Il modello eco-olistico di Parson & Stears

Un modello complesso e completo di SPS presente in letteratura è il modello eco-olistico sviluppato da Parson & Stears (Parson & Stears, 1996).

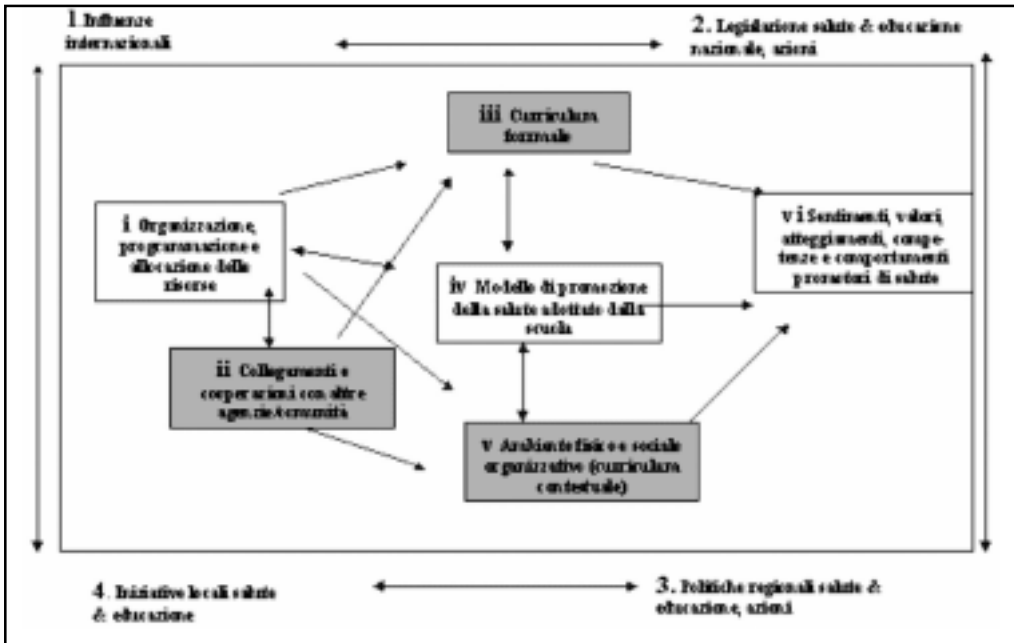
Il modello è centrato sull'analisi dell'ampio contesto nel quale si sviluppa una scuola promotrice di salute e pone enfasi sul percorso di costruzione, implementazione e valutazione del processo.

Il modello è stato costruito per essere applicato alle scuole aderenti alla Rete Europea delle Scuole che promuovono Salute (ENHPS) (Parson & Stears, 1997) e mette in rapporto l'analisi di fattori interni al contesto scolastico con l'analisi dei fattori internazionali che costituiscono il quadro di riferimento politico, l'esame della ricerca internazionale e con i contesti legislativi, programmatico e attuativo delle politiche nazionali e locali.

Il modello eco-olistico di Parson, distingue *fattori esterni* e *interni* di una SPS.

I fattori *esterni* sono

- 1) le influenze internazionali (come il concetto stesso di salute e la stessa strategia *Health Promoting School* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità)
- 2) la legislazione nazionale e le azioni nazionali realizzate relativamente a salute e scuola/educazione (ma in un'ottica totalmente intersettoriale l'ambito di influenza sarà ovviamente più ampio includendo la normativa relativa a economia, trasporti e comunicazioni, politiche di sviluppo...)
- 3) le politiche, i documenti di program-



da: Parson & Stears, 1996

mazione, le azioni realizzate a livello regionale relativamente a salute e scuola/educazione

- 4) le politiche, i documenti di programmazione, le azioni realizzate a livello locale relativamente a salute e scuola/educazione

I fattori *interni*:

- 1) l'attribuzione di ruoli e risorse all'interno della scuola per la promozione della salute (budget e/o figure professionali specificamente destinate al coordinamento e all'azione in pds)
- 2) i legami con la comunità, sia quelli scuola-famiglia, o associazioni di famiglie sia con soggetti istituzionali e non che possono collaborare per la pds

nella scuola

- 3) Il curriculum formale (esplicito) e 4) il curriculum contestuale (implicito, *hidden curriculum* o *parallel curriculum*), in sintesi cosa si pensa o si apprende in classe e quali messaggi di salute positiva o negativa sono fatti propri dalle azioni e dai comportamenti nella scuola
- 5) la filosofia e il modello di pds adottata dalla scuola: finalizzato al cambiamento dei comportamenti, al cambiamento sociale, al *self empowerment*, e
- 6) i valori, gli atteggiamenti, le opinioni, le competenze e i comportamenti di salute di allievi e staff.

Il modello di Parson viene strutturato

in funzione della sua possibilità di costituire uno schema per lo sviluppo di indicatori per il monitoraggio e la valutazione di una SPS. Su questo sarà costruito il Radial Profil Graph strumento di valutazione di una SPS sviluppato dal Center for Health Education and Research della Canterbury Christ Church dell'Università di Cardiff (Stears & Holland, 2000).

Il modello di Konu & Rimpela

Lo School Well-being Modell (SWM) di Konu & Rimpela costituisce un'ipotesi (Konu & Rimplea, 2002) di ampliamento del concetto di benessere a scuola, partendo da un modello sociale di salute, precisamente dalla teoria del welfare di Allardt (Allardt, 1976).

Allardt usa il concetto di *welfare* nella tradizione sociologica e nota che nelle lingue nordiche la parola *welfare* (stato) spesso sta per *wellbeing* (ben-essere) e che essa copre aspetti sia del tenore di vita che della qualità della vita. Il benessere è una condizione nella quale è possibile per l'essere umano soddisfare i suoi bisogni di base (materiali e non materiali).

Allardt distingue *tre categorie* concettuali all'interno del concetto di well-being 1) *Having* 2) *Loving* 3) *Being*

Having è riferito alle condizioni materiali e ai bisogni impersonali in un'ampia prospettiva; *loving* sta per i bisogni di relazione con gli altri e alla formazione di un'identità sociale; *being* indica i bisogni di una crescita personale, quali l'integrazione nella società e una vita in armonia con l'ambiente.

Konu & Rimpela osservano che i modelli e i programmi di SPS pur affermando di essere finalizzati a implementare la promozione e l'educazione alla salute nel *setting* scolastico, conservano il focus della ricerca sugli interventi basati sui temi di salute. Un'esperienza positiva di apprendimento accresce di per sé il senso di auto-realizzazione e quindi produce salute. Lo SWM considera l'educazione alla salute un'importante parte del fare scuola, ma non l'esclusivo. Il ben-essere degli studenti è, secondo Konu & Rimpela, un elemento assai più complesso: da qui il tentativo di ampliare la prospettiva. L'educazione dei ragazzi deve puntare a sviluppare la personalità dei ragazzi i talenti e le abilità mentali e fisiche per esaltarne il potenziale.

Il concetto di ben-essere nel contesto scolastico viene ricondotto da Konu & Rimpela a 4 categorie: 1) condizioni di salute, *health*; 2) condizioni della scuola, *having*; 3) relazioni social, *loving*; 4) strumenti per l'autorealizzazione, *being*.

Lo stato di salute (*health status*) è definito come assenza di malattia o malessere, definizione riferibile a Seedhaus (Seedhaus, 2001) il quale interpreta il concetto di malattia e malessere nel seguente modo: *disease*-malattia è vista come un certo tipo di anormalità che interviene in una parte del corpo di una persona, anormalità che possono essere identificate dalle scienze mediche. Malessere-*illness* è riferibile invece alle sensazioni dell'esperienza della gente. Per Allardt la salute è una risorsa è una parte essenziale del benessere ed è

collocata nella categoria *having*.

Le condizioni della scuola (having) includono l'ambiente fisico, elementi quali sicurezza dell'edificio, rumore, ventilazione, temperatura. Gli altri aspetti delle condizioni della scuola sono connesse all'ambiente di apprendimento. Includono il curriculum, la dimensione del gruppo scuola e/o classe, i programmi di studio. Ultimo elemento è rappresentato dai servizi per gli studenti (pasti, *counseling* etc).

Le relazioni sociali (loving) si riferiscono all'ambiente sociale di apprendimento, alle relazioni studenti-insegnanti, tra studenti, la dinamica dei gruppi, la cooperazione tra scuola e casa, l'assunzione di decisioni all'interno della scuola e atmosfera dell'organizzazione scolastica. Nello SWM, le relazioni tra scuola e casa, le relazioni tra scuola e ambiente esterno sono collocate nelle relazioni sociali.

Gli *strumenti per l'autorealizzazione (being)* sono l'elemento centrale dello SWM; il "being" fa riferimento a ogni persona stimata come parte del valore di una società", soggetto in grado di influenzare gli elementi chiave della propria esistenza, cui garantire opportunità per una vita lavorativa.

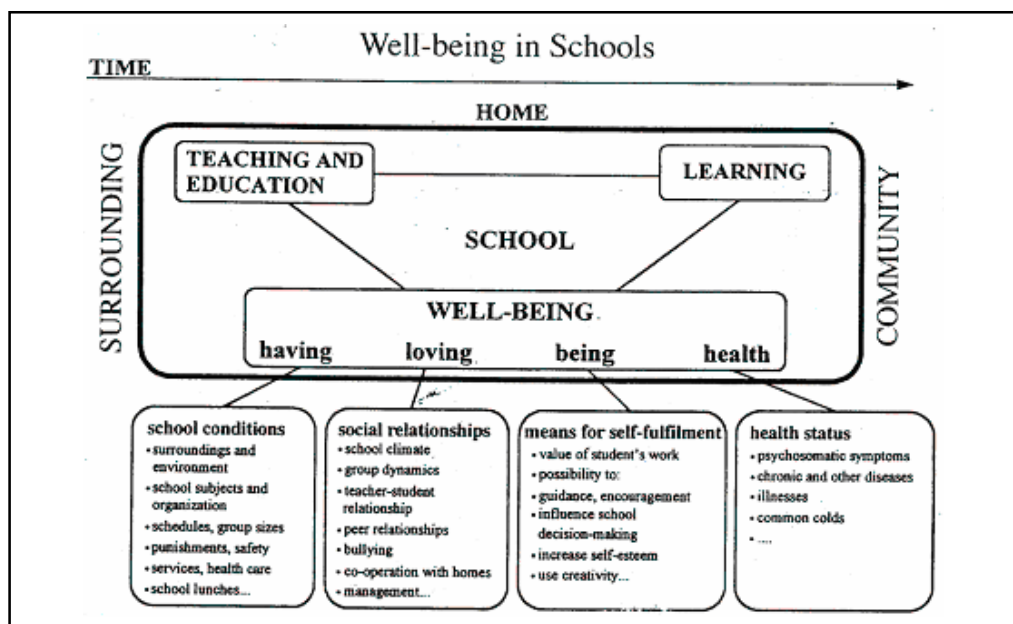
Applicato al contesto scolastico il "being" può essere visto come le modalità attraverso le quali la scuola offre strumenti per l'auto-realizzazione. Ogni studente dovrebbe essere considerato come membro della comunità scolastica al quale garantire la partecipazione all'assunzione di decisioni relative al fare scuola e agli altri aspetti della vita scolastica che lo ri-

guardano e opportunità per accrescere conoscenze e abilità che enfatizzino gli ambiti di interesse del ragazzo secondo il suo percorso.

Konu & Rimplea hanno, a seguito della costruzione del modello, realizzato ricerche successive (Konu & Rimplea 2002, 2003) per una conferma empirica, e, in particolare per analizzare il benessere soggettivo degli studenti all'interno della scuola, individuare cioè quali fattori fossero dagli studenti associati a "lo star bene a scuola".

Gli studi intendevano trovare quindi una associazione (Konu & Rimpela non parlano di relazioni causali, ma di interdipendenze) tra benessere generale percepito dai ragazzi e contesto scolastico: tra le associazioni più significative figurano quei fattori definiti all'interno della categoria *strumenti per l'autorealizzazione*.

L'aver un progetto educativo per il futuro, il non avere preoccupazioni con il lavoro che richiede ad ogni studente un investimento personale, il non avere problemi nel trovare metodologie di studio personale, una relazione di sostegno con insegnanti caratterizzate da attese non troppo pressanti nei confronti delle proprie possibilità, il sentirsi da questi stimolati ad esprimere il proprio punto di vista e supportati nelle fasi di difficoltà sono elementi maggiormente correlati al benessere soggettivo degli studenti rispetto ad altri fattori quali lo status socio-economico o la struttura familiare o addirittura alcuni comportamenti quali il con-



da: Konu & Rimpela, 2002

sumo di alcol e fumo o lo stesso ambiente fisico della scuola.

Anche i risultati di tali analisi invitano dunque a ri-orientare gli interventi di promozione della salute non più su stili di vita e comportamenti a rischio ma a investire gli sforzi per comprendere e migliorare la comprensione del significato dello star bene a scuola per i ragazzi con particolare attenzione al processo di insegnamento/apprendimento nell'educazione all'interno del contesto scuola.

Il modello di Markham & Aveyard

Un'innovativa interpretazione di scuola che promuove salute è quella proposta da Markham & Aveyard (Markham & Aveyard, 2003). Anche in questo caso ar-

gomentazione di partenza è il concetto stesso di salute, in particolare la definizione che affonda le sue radici nel significato di "buon" funzionamento dell'essere umano (Antonovsky, 1996; Seedhouse, 2001).

Un'idea fondamentale della loro teoria è che base indispensabile per portare al massimo la potenzialità di salute di ogni essere umano è essere autonomo/libero e nella condizione di poter scegliere di "funzionare" bene e di essere attivo.

Ne consegue che, in riferimento al contesto scolastico, la promozione della salute è favorita dallo sviluppo delle capacità di ragionamento logico, di decisione e di capacità di azione dell'alunno, e dai principali meccanismi con cui le scuole pro-

muovono tali capacità, ed è determinata dall'organizzazione scolastica, intendendo per organizzazione prima di tutto la pratica pedagogica, l'azione didattica e lo svolgimento dei curricoli.

La teoria si richiama dunque, secondo gli stessi Autori, al modello di SPS dell'OMS, al concetto di educazione già presente in Tones, alla definizione di Baric (Baric, 1993) relativa agli ambienti organizzativi promotori di salute e alle interazioni delle persone all'interno delle organizzazioni, ma in questo modello il fulcro del discorso è centrato proprio sugli alunni e sul lavoro scolastico.

In particolare, rispetto all'OMS che afferma che vi è un rapporto a doppio senso tra salute ed educazione, Markham & Aveyard sostengono che l'educazione determina la capacità di "buon funzionamento" del soggetto, capacità alla base della condizione di salute.

Adottando tale impostazione pervengono all'affermazione che le scuole, per promuovere la salute, non necessitano di corsi di educazione sanitaria che si focalizzino su scelte di stili di vita sani, né di insegnanti specialisti in educazione sanitaria. Un'affermazione *provocatoria*, fatta nel Regno Unito, patria dello sviluppo e della sistematizzazione dell'educazione sanitaria nella scuola, che sottende forse il tentativo di sfida a ripensare al ruolo primario della scuola nella costruzione di un'identità del soggetto in età evolutiva nelle sue capacità di pieno sviluppo cognitivo, emotivo e di inserimento nella realtà sociale.

La teoria è ispirata al concetto di valore etico-politico di Martha Nussbaum del buon funzionamento dell'essere umano e alla teoria della trasmissione culturale di Bernstein e il modello propone una sintesi delle due prospettive.

La teoria di Martha Nussbaum è utilizzata in quanto fa riferimento alle necessità e capacità che consentono al soggetto di sviluppare e migliorarsi ritenuti *pre-requisiti di salute*; in particolare tra le fondamentali realizzazioni delle capacità essenziali, *la capacità di ragionamento logico e la capacità di relazione/ associazione*.

Nussbaum ritiene l'educazione l'elemento chiave per il "buon funzionamento" dell'uomo - quindi per il suo benessere - perché facilita il raggiungimento della maggior parte delle capacità fondamentali dell'essere umano.

Accanto all'educazione, l'influenza delle istituzioni nelle quali il soggetto è inserito per la realizzazione delle capacità di mettersi in relazione.

Ne consegue il ruolo potenzialmente e fattualmente basilare delle scuole - *istituzione deputata all'educazione* - nel promuovere la salute della persona e il suo sviluppo.

Markham e Aveyard utilizzano quindi le teorie di Bernstein (e Freire) per evidenziare come la capacità di ragionamento logico renda la persona in grado di percepire la realtà, vederne i problemi e le relative soluzioni, e quindi favorisca la capacità di fare scelte-pro-attive che possono anche modificare la stessa realtà.

Dalla teoria di Bernstein viene ripreso

Le esigenze fondamentali dell'essere umano (secondo Nussbaum, 1990)

Necessità di disponibilità di acqua pulita, cibo adeguato, calore e riparo.

Necessità di affrontare preoccupazioni mediche e umane durante l'arco della vita e di fornire cure sanitarie per i malati e/ i feriti.

Necessità di ottenere informazioni riguardo il corpo umano.

Necessità di facilitare lo sviluppo di capacità professionali per fare scelte appropriate concernenti comportamenti in relazione alla salute.

Necessità di avere esperienze e opportunità piacevoli per la soddisfazione sessuale.

Necessità di evitare sofferenze inutili.

Necessità di potersi spostare liberamente da un posto a un altro.

Le capacità fondamentali dell'essere umano (secondo Nussbaum, 1990)

La capacità di immaginare, pensare e ragionare e perciò di poter formare un concetto del buono e impegnarsi in riflessioni critiche rispetto alla progettazione della propria vita.

La capacità di preoccuparsi di altri esseri umani, di vivere per gli altri, di avere relazioni e interazioni con la famiglia e con altri.

La capacità di amare, soffrire, desiderare ardentemente, di provare gratitudine.

La capacità di ridere e di giocare.

La capacità di vivere la propria vita nel proprio contesto.

La capacità di avere riguardo per il mondo naturale.

La capacità di essere consapevole di tutti gli altri sensi.

Il rapporto fra esigenze umane fondamentali, capacità essenziali umane e autonomia (secondo Nussbaum, 1990)

Appagamento delle esigenze fondamentali dell'essere umano

Realizzazione delle capacità umane essenziali specialmente quelle collegate a ragionamento logico-pratico e associazione.

Riflessione critica

Reciprocità

Autonomia

Articoli

il concetto di capacità di relazionarsi/as-sociarsi con altri quale possibilità per l'individuo di sviluppare senso di appartenenza, di sostegno reciproco e di conseguenza di sviluppo di caratteristiche personali quali l'autostima.

Bernstein sostiene che l'esperienza educativa può facilitare lo sviluppo di capacità di ragionamento logico del soggetto e al contempo promuovere relazioni positive e, attraverso l'influenza dell'or-

ganizzazione scolastica, lo svolgimento dei curricoli e l'impostazione pedagogica, promuovere salute. Su queste basi teoriche, presenta alcune ipotesi su come diversi aspetti delle esperienze educative possano generare salute per gli alunni nel periodo scolastico e in età adulta.

Bernstein riconoscendo alla scuola il ruolo di sociale di *trasmissione culturale*, riferisce tale ruolo a due ordini tra loro collegati: *l'ordine educativo* (il cui obiettivo è far acquisire conoscenza e preparazione professionale) e *l'ordine regolatore* (il cui obiettivo è agevolare l'attaccamento alla scuola e l'interiorizzazione dei valori elemento che favorisce la costruzione di un'identità sociale).

In relazione alla loro risposta a questi due ordini e in riferimento all'analisi di Brofenbrenner sulle influenze socio-ecologiche (Brofenbrenner, 1989) sullo sviluppo umano egli ipotizza una suddivisione degli studenti in *impegnati*, *alienati*, *distaccati* ed *emarginati* e un quadro di come le risposte degli studenti a tali ordini influenzino la loro capacità di lavorare nella vita scolastica e anche la vita futura dei soggetti.

L'approccio è in accordo con le analisi di Antonovsky che evidenzia l'influenza sulla promozione della salute di "risorse di resistenza generali" includendo tra queste il sostegno sociale, coerenza, e stabilità culturale.

In una prospettiva più specificamente educativa/formativa, le scuole promotrici di salute dovrebbero adottare un'educazione di ampia strategia per facilitare

un maggiore contributo degli alunni nella gestione del proprio apprendimento e un maggiore utilizzo delle conoscenze, delle esperienze e delle qualità degli alunni, intendendo per maggiore contributo degli alunni, non, una formazione condotta da pari, adottata in alcuni interventi preventivi.

Altro obiettivo per una SPS dovrebbe essere quello di incoraggiare un più largo coinvolgimento degli alunni tra loro e con i procedimenti decisionali della scuola, obiettivo coerente con i punti di vista di Jensen, & Simovska (Jensen & Simovska, 2000) riguardo all'importanza di "competenza di azione".

Come affermano gli Autori, il problema centrale riguardante tale modello teorico è "la possibilità di dimostrare oltre che descrivere". La verifica delle ipotesi presentate porterebbe una base di evidenza scientifica che può condurre al miglioramento dei rapporti tra i concetti chiave ipotizzati e la salute.

Conclusione

A conclusione di tale esposizione si può osservare come la ricerca abbia portato nel tempo a un'analisi sempre più accurata dell'esperienza scolastica nel suo complesso e del contesto nella quale si svolge, un'analisi che ha definito le precise sfere di influenza sulla salute, sul benessere e qualità della vita (autostima, auto-efficacia, autonomia, autorealizzazione, soddisfazione) sulle quali l'esperienza scolastica agisce e soprattutto le modalità e le azioni - che sta tentando di rendere ope-

rative - necessarie a favorire tale sviluppo in senso positivo alla salute.

Accanto alla definizione e individuazione di concetti e modelli, si è progressivamente rafforzata l'ipotesi che l'esperienza scolastica, in un periodo di vita così significativo (*l'età evolutiva*) e protratta per un periodo di tempo così esteso, influenzi negli studenti lo sviluppo della propria autostima, auto-percezione e dimostrato come questi elementi siano in grado di influenzare la vita attuale e futura degli studenti e il sentimento di soddisfazione della propria vita (Bond & Compas, 1989; Coleman, 1991; H.B.S.C., 2002; Hurrelmann, 1995; Gadin, 2002; Maatta, 2002; Murdok 2001; Park, 1999, 2004; Rask, 2002; Roesner, 2001).

Gli studenti che vanno a scuola malvolentieri tendono a iniziare a fumare e a bere prima e più spesso rispetto agli studenti a cui piace andare a scuola (Nutebeam & Aaro, 1989; Nutbeam & Aaro 1991; Nutbeam, 1993), riportano una qualità della vita più bassa e maggiori problemi di salute; gli studenti che non si inseriscono bene nell'ambiente scolastico e non riescono a rispondere alle esigenze della scuola riportano maggiori problemi di salute (Garraldo, 1992; Hurrelmann, 1995).

L'esperienza scolastica stessa è stata di conseguenza totalmente inserita in una prospettiva rischio-risorsa in cui la soddi-

sfazione dello studente costituisce un elemento chiave: i dati hanno confermato infatti una chiara associazione tra sentimento di alienazione dalla scuola e comportamenti che possono danneggiare la salute.

La breve presentazione di modelli di SPS ha inteso, quindi, rilevare l'individuazione dei suoi *elementi fondantisia* come *categorie concettuali*, che come *esiti di ricerche*, cercando di mettere altresì in risalto come tra questi, *il processo di apprendimento/insegnamento, le scelte pedagogiche, il curriculum, le metodologie didattiche* - vero nucleo del lavoro e dell'esperienza scolastica - acquisiscano nello sviluppo dei modelli nel tempo, sempre maggior rilevanza teorica e scientifica quale *determinante* di salute/ben-essere dello studente.

Tale evoluzione ha portato a limitare, o ridimensionare, il ruolo dell'educazione sanitaria intesa sia come contenuti da insegnare e come capacità e atteggiamenti da acquisire, fino a giungere, in alcune radicali ipotesi alla apparente paradossale affermazione della non necessità di un insegnamento formale di educazione sanitaria e di ruoli di educatori/promotori di salute tra il personale insegnante, ma soprattutto alla ri-valutazione e alla valorizzazione dell'educazione/formazione in sé quale pre-requisito per elevare al massimo le potenzialità e le capacità di salute di un soggetto in età evolutiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Allardt, E. (1976) Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta Sociologica*, 19, 227-240.
2. Angley L, Young A. (1996) An Introduction to health promoting schools in Australia, South Australian Health Commission, Department of Human Services, Department of Education Training and Employment, Adelaide.
3. Antonovsky A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 1, 11-32.
4. Baric, L. (1993) The settings approach - implications for policy and strategy.: *Journal of the Institute of Health Education*, 31, 17.24.
5. Baumeister, R.F., Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 3, 497- 529.
6. Bond, L.A.E, Compas, B.E.E (1989) *Primary prevention and promotion in the schools*. London, Sage Publications.
7. Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1, 1-10.
8. Bronfenbrenner U. (1989) Ecological system theory, *Annals of Children Development* 6, 187-249.
9. Byrne, B.M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456.
10. Cauce, A.M., Srebnik, D.S. (1990). Returning to social support systems: A morphological analysis of social networks. *American Journal of Community Psychology*, 18, 4, 609-616.
11. Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.
12. Coleman, P., Collinge, J. (1991). In the Web : Internal and external influences affecting school improvement. *School Effectiveness and School improvement*, 24, 262-285.
13. Covington, M.V, Beery, R.G. (1976). Self-worth and school learning. New York: Holt, Rinehart and Winston.
14. Csikszentmihalyi, M., Rathunde, K. (1992). The measurement of flow in everyday life: toward a theory of emergent motivation. Nebraska Symposium on Motivation, 40, 57- 97.
15. Ekstrom, R.B., Goertz, M.E., Pollack, J.M., Rock, D.A. (1986). Who drops out of high school and why? : Findings from an international study. *Teachers College Record*, 87(3), 356-373
16. Finn, J.D. (1989). Withdrawing from school. *Review of Educational Research*, 59(2), 117-142.
17. Freire P. (1972) *Pedagogia degli oppressi*, Mondadori, Milano.
18. Garraldo, M.E. (1992) A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Journal of Psychiatry* 161, 759-773.
19. Garton A. F, Pratt C (1995) Stress and self concept in 10-to15-year-old school student. *Journal of Adolescent*, 18, 6, 625-640.
20. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) (1998) Research Protocol, for the 1998/ 98 Study, HBSC, Edinburgh.
21. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) (2002) Research Protocol, for the 2001/ 02 Study, HBSC, Edinburgh.
22. Hoge, D.R., Smit, E.K., Hanson, S.L. (1990). School experiences predicting changes in self-esteem of sixth- and seventh-grade students. *Journal of Educational Psychology*, 82, 1, 117-127
23. Hurrelmann, K., Leppin, A., Nordlohne, E. (1995). Promoting health in schools: the German example. *Health Promotion International*, 10, 2, 121-131.
24. Jensen B.B., Simovska V. (2002) Models of health promoting school in Europe, WHO, Copenhagen.
25. Konu A, Rimpela M (2002) Evaluation of well-being in schools: A multilevel analysis of general subjective well-being *School Effectiveness and School Improvement* . 13, 2, 110 -128.
26. Konu A, Rimpela M (2002) Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being *Health Education Research*, 17, 155-165
27. Konu A, Rimpela M (2002) Well-being in school: a conceptual model. *Health Promotion International*, 17, 179-89
28. Konu, E. Alanen, T. Lintonen, and M. Rimpelä (2003) Factor structure of the School Well-being Model. *Health Education Research*, 17, 732 - 742.
29. Maatta S., Stattin H., Nurmi J.E. (2002) Achievement strategies at school. Types an correlates. *Journal of Adolescent*, 25, 31-46.
30. Markahm W.A., Aveyard P. A (2003) A new theory of health promoting School based on

- human functioning, school organisation and pedagogy practice. *Social Science and Medicine*, 56, 1209-1220.
31. Mortimore, P. (1998) The road to improvement: Reflections on school effectiveness. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
 32. Murdock T.B., Hale N. M., Weber M. J. (2001) Predictors of cheating among early adolescents. Academic and social motivations. *Contemporary Educational Psychology*, 26, 96-115.
 33. Nafvung G.K, Albreksten G.M., Quamstrom U. (2003) Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents, *International Journal of Nursing Practice* (9), 3-166-177.
 34. Nutbeam, D., Aaro, L.E., Catford, J. (1989). Understanding childrens' health behaviour: The implications far health promotion far young people. *Social Science and Medicine*, 29(3),317-325.
 35. Nutbeam, D., Aaro, L.E. (1991). Smoking and pupil attitudes towards school: the implications for health education with young people. *Health Education Research*, 6(4), 415-421.
 36. Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L., Bauman, A. (1993). Warming! Schools can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29 (Suppl. 1), 25-30.
 37. Park N., Huebner S.E, Laughlin J. E et al. (1999) A multimethod investigation of the multidimensionality of children's well-being reports: discriminant validity of life satisfaction ad self-esteem. *Social Indicator Research*, 46, 1-22.
 38. Parson C., Stears D., Thomas C.. (1996) The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 55, 311-321.
 39. Parsons, C., Stears, D., Thomas, C., Thomas, L. and Holland, J. (1997) The implementation of ENHPS in different national contexts. The European Network of Health Promoting Schools. WHO/EURO, Copenhagen.
 40. Pearlin, L.I. (1983) Role strains and personal stress. In: Kaplan, H.B. (Ed.) *Psychosocial stress: Trends in theory and research*, pp. 3-32. Orlando: Academic Press, Inc.
 41. Piquart M, Juang L.P, Silbereisen K. (2003) Self efficacy and successful-to-work transition: A longitudinal Study. *Journal of vocational behaviour*, 63, 329-345.
 42. Schunk, D.H., Zimmerman, B.J. (1994). Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
 43. Seedhouse D. (2001) Health: the Foundations for Achievement. 2a Edizione, John Wiley & Sons, Chichester.
 44. Tones B.K. Parson C., Stears D., Thomas C. A (1996) The Health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 55, 311-321.
 45. Torsheim T., Wold B. (2001) School related stress, support and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescent*, 24, 701-713.
 46. Weare K. (1998) The Health Promoting School- An Overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness. In: First Workshop on practice of evaluation in Health Promoting School. Bern/Tuhn, Switzerland, 19-22 november 1998, OMS/EC/CE: