

## Educazione sanitaria, promozione della salute nella scuola, scuola promotrice di salute: linee di un'evoluzione storica e metodologica

Paola Beatini

parole chiave

key words:

### RIASSUNTO

La scuola è da sempre riconosciuta quale luogo deputato allo sviluppo di conoscenze e atteggiamenti su contenuti e problemi correlati alla salute e potenzialmente in grado di incidere di conseguenza anche sui comportamenti presenti e futuri della popolazione giovanile

I programmi si sono nel tempo modificati, seguendo l'evolversi del quadro di mortalità e morbosità giovanile per gli approcci di tipo preventivo e l'estendersi del concetto di salute e ben-essere per quanto riguarda gli approcci promozionali, a seguito dei limitati risultati in termini di cambiamento di comportamenti mostrati dall'evidenza scientifica.

Da un punto di vista metodologico il quadro di azione si è modificato e da modelli educativi di tipo tradizionale centrati sui contenuti da trasmettere a modelli più globali centrati sul soggetto dell'apprendimento e sul contesto. Anche in tale ambito di intervento i principi e i modelli della promozione della salute hanno ri-orientato l'azione soprattutto da un punto di vista metodologico, richiedendo l'adozione di metodologie centrate sullo sviluppo di capacità personali e sociali, sull'*empowerment* e ca-

### SUMMARY

Schools have always been recognised as places concerned with the development of the knowledge of and attitude towards problems relating to health and thus potentially capable of influencing current and future juvenile behaviour

Programmes have been modified in the course of time following the pattern of juvenile mortality and disease regarding the preventive stance to advanced awareness of the concept of health and well being from a promotional one, following the limited results obtained in terms of behaviour change shown by scientific evidence

From a methodological point of view interventive action has been modified from traditional educational models based on the specific contents to be transmitted to more global models based on the subject being educated and the context. In this type of action principles and models of health promotion have redirected interventive action especially from a methodological point of view. This requires the adoption of methodology based on the development of personal and social capacity and on empowerment, all of which is characterised by a wider reference area (family, community).

Paola Beatini, Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, organizzazione e programmazione sanitaria, epidemiologia ambientale, sezione del Dipartimento di specialità medico chirurgiche e sanità pubblica, Università degli studi di Perugia.

ratterizzate da un quadro di riferimento assai più allargato (famiglia, comunità)

Da un punto di vista dell'operatività, lo sviluppo di nuovi modelli e l'evolversi della metodologia di programmazione e realizzazione di interventi non ha comportato l'affermarsi o la sostituzione di un'opzione sull'altra. Interventi di educazione sanitaria continuano a coesistere con interventi e progetti di rete di promozione della salute nelle e tra le scuole, costituendo il complesso ed eterogeneo panorama di riferimento della costruzione e attuazione di interventi il favore della salute nella scuola

### Scuola e salute

Le organizzazioni internazionali per la salute da sempre identificano la scuola quale istituzione potenzialmente in grado di svolgere un ruolo determinante nell'incidere sugli stili di vita e sui comportamenti di salute, presenti e futuri, della popolazione giovanile (1, 2, 3, 4).

La ricerca scientifica ha progressivamente analizzato e ampiamente giustificato i diversi ordini di motivi che hanno prodotto un grande investimento di risorse umane e finanziarie nella programmazione e realizzazione di interventi in favore della salute della popolazione giovanile all'interno del loro ambiente di studio e di lavoro (1).

La scuola è il luogo dove i ragazzi trascorrono una gran parte della loro vita, in particolare gli anni in cui possono instaurarsi anche comportamenti a rischio per la loro salute o in cui alcuni atteggiamenti possono stabilizzarsi e garantisce al contempo l'accesso alla popolazione giovanile nel suo complesso, incluso minoranze e gruppi svantaggiati (5).

La scuola è il luogo di apprendimento per eccellenza dotato di professionalità e

From an operative point of view, the development of new models and the evolution of the methodology of programming and the realisation of intervention has not brought about the prevalence of one option over the other nor the substitution of one by the other. Health education intervention continues to coexist with intervention and projects of health promotion in and between schools. This constitutes a complex and heterogeneous reference area for the construction and implementation of forms of intervention in favour of health in schools.

strutture che costituiscono un contesto ottimale per integrare conoscenze e capacità attraverso l'inserimento di un curriculum della salute che sia al contempo ben accolto e poco costoso (6).

E' stato inoltre riconosciuto anche come il cosiddetto curriculum informale o "hidden" curriculum di una scuola possa influenzare significativamente atteggiamenti e comportamenti degli studenti. Messaggi di educazione e promozione della salute comunicati in classe possono essere rafforzati o completamente ignorati da quanto avviene all'interno del clima scolastico generale, come dimostrato da alcuni studi relativi all'abitudine al fumo in ambiente scolastico (7).

Nella scuola gli insegnanti svolgono un ruolo chiave quali modelli di riferimento per gli studenti e per questo interventi volti al cambiamento di atteggiamenti e comportamenti dei discenti possono trovare importanti alleati nel conseguimento degli obiettivi prefissati.

La scuola, infine, costituisce un legame con le famiglie che possono rafforzare e integrare attraverso un coinvolgimento diretto o indiretto le strategie di educazione alla salute realizzate nella scuola.

Da ciò la riconosciuta enfasi posta nella programmazione e realizzazione di interventi finalizzati alla prevenzione di malattie e dei comportamenti a rischio e alla tutela o al miglioramento delle condizioni di salute degli studenti nei paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo.

#### Fornire conoscenze/modelli educativi tradizionali

Questi si sono sviluppati per molti anni unicamente nella forma tradizionale dell'*educazione sanitaria* attraverso un *curriculum della salute* inserito in modalità differenti - continuo e sistematico o frammentario e legato alla contingenza - o semplicemente attraverso *argomenti* di salute all'interno della quotidiana attività scolastica delle scuole di ogni ordine e grado nei diversi sistemi scolastici.

Da un punto di vista metodologico, gli interventi di educazione sanitaria rivolti agli studenti da insegnanti e/o da operatori dei servizi sanitari, hanno in un primo tempo offerto quindi una serie di informazioni, trasmesso una serie di contenuti connessi alla salute nella convinzione che garantendo ai ragazzi conoscenze adeguate su alcune malattie e problemi o su argomenti di salute, questi potessero influenzare i loro comportamenti.

Relativamente ai *contenuti* proposti è logico che questi abbiano seguito - nella specifica diversità del tempo e nei luoghi - l'evoluzione della mortalità e della morbosità nella popolazione target degli interventi.

Come recentemente osservato in una

breve rassegna presentata da Lawrence St Leger si è passati da un interesse per i problemi connessi all'igiene personale della prima metà del XX secolo - pulizia del proprio corpo, uso corretto dell'acqua - a una serie di tematiche sempre più ampie e complesse che hanno seguito l'evolversi dei principali problemi di salute e degli atteggiamenti e dei comportamenti dei ragazzi (8).

Dall'educazione alla salute orale al consumo di alcol, all'alimentazione, al fumo, alla droga, alla sessualità, agli incidenti stradali, alle malattie sessualmente trasmissibili - da ultimo l'emergenza AIDS - a tutto l'ampio spettro delle problematiche, oggi giorno sempre più emergenti, connesse alla salute mentale.

Approfondite ricerche hanno rilevato però l'inadeguatezza e l'inefficacia di questo tipo di metodologia di azione e la mancanza di risultati in termini di cambiamento di comportamento e, di conseguenza, in termini di salute (9, 10, 11, 12).

#### Sviluppare atteggiamenti e capacità/modelli educativi moderni

Intorno agli anni '80 si è cercato quindi di fondare i programmi di educazione sanitaria sull'adozione di modelli e metodologie di intervento più complesse, che ne accrescessero i risultati in termini di efficacia.

Si tratta di una serie di programmi caratterizzati da metodologie di azione innovative finalizzati a sviluppare nello studente abilità (*skills*) e atteggiamenti che lo mettano in grado di fare scelte di

salute sane (13,14,15).

Con il termine *skill* (capacità) l'OMS indica "tutte quelle abilità e competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali *skills* socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio, in risposta agli stress (16).

Queste le *skills* individuate dall'OMS: capacità di prendere decisioni (*decision making*), capacità di risolvere i problemi (*problem solving*), senso critico, comunicazione efficace, capacità per le relazioni interpersonali, autocoscienza, empatia, gestione delle emozioni, gestione dello stress.

La maggior parte di questi programmi sono basati sulla teoria dell'apprendimento sociale e l'autoefficacia di A. Bandura (17) e sull'*Health Belief Model* (18).

Si tratta essenzialmente di interventi caratterizzati da una serie di metodologie di azione nell'ambito dell'educazione sanitaria a scuola centrate sul soggetto dell'apprendimento piuttosto che sul contenuto da trattare.

E' un cambiamento significativo: è proprio nella definizione di questi programmi denominati *innovativi* che l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* inizia a parlare di *promozione alla salute nella scuola*.

Il cambiamento è riferibile sia a un'ottica di azione già incentrata sugli quegli elementi positivi che possono favorire la salute, primi fra tutti *autoefficacia* e *autostima*, sia alle metodologie di realiz-

zazione degli interventi.

Non vi è ancora una definizione concettuale di riferimento di promozione della salute, si parla di "*approcci metodologici finalizzati a facilitare il benessere fisico e psicologico di gruppi e individui*" (19).

Hagquist e Starrin (20) nel loro lavoro finalizzato a definire una tipologia delle diverse metodologie di intervento in educazione sanitaria nella scuola analizzano questo sviluppo nel tempo di una strategia educativa dell'educazione sanitaria da modelli tradizionali basati sul trasferimento di conoscenze e centrati su problemi di salute e comportamenti a rischio a modelli educativi sempre più complessi, caratterizzati da metodologie di insegnamento diversificate.

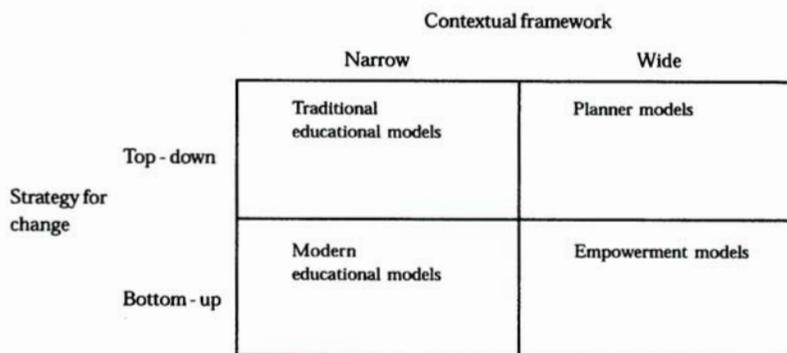
Uno sviluppo che segue storicamente la stessa evoluzione dei modelli educativi e didattici dell'insegnamento scolastico.

Il loro lavoro ha evidenziato l'esistenza di due categorie di interventi di educazione sanitaria. La prima è quella della strategia usata per il cambiamento (dall'alto al basso e dal basso in alto/*top down* e *bottom up*); la seconda è riferita al quadro di riferimento ampio o limitato (*narrow/wide contextual framework*) all'interno del quale è praticato.

Da un insegnamento tradizionale (*traditional educational models*) caratterizzato da una strategia dall'alto verso il basso (*top down*), in cui lo studente è recettore delle informazioni a modelli educativi moderni (*modern educational models*) caratterizzati da una strategia dal basso verso l'alto (*bottom up*) nei quali gli studenti sono partecipanti attivi e il lavoro è centrato sui fattori che influenzano il comporta-

mento più che sui comportamenti di salute stessi.

Due i tipi di programmi individuati all'interno dei modelli educativi denomi-



da Hagquist e Starrin, 1997

nati innovativi: programmi affettivi finalizzati a favorire lo sviluppo emotivo e creare competenze sociali (programmi centrati sulla costruzione dell'autostima e della gestione dello stress) e programmi sull'influenza sociale più centrati a sviluppare quelle capacità che sono necessarie nelle situazioni concrete (programmi centrati sulla costruzione di abilità di resistenza alla pressione dei pari, programmi atti a sviluppare nei ragazzi la resistenza ai messaggi pubblicitari).

Anche questi programmi che hanno associato alla tradizionale educazione sanitaria la metodologia dell'apprendimento sociale ed emotivo hanno ottenuto alcuni successi nel ridurre tra gli studenti il consumo di droga a breve termine (13,15), ma si sono dimostrati non efficaci a lungo termine (21, 22, 23) nel modificare i comportamenti di salute dei ragazzi in età scolare.

Programmi globali/modelli educativi moderni in una cornice di riferimento allargato

Di qui la necessità e il tentativo di andare oltre i modelli esistenti e di ampliare soprattutto *la cornice di riferimento* degli interventi superando un approccio educativo che, pur di importanza irrinunciabile nel garantire adeguate conoscenze e sviluppare consapevolezza, si manifestava parziale nel conseguire risultati in termini di cambiamento di comportamenti favorevoli alla salute.

Inizia a delinarsi la definizione di *comprehensive programm* intendendo con tale termine, un insieme di strategie integrato che focalizza l'attenzione sia su atteggiamenti e comportamenti dei ragazzi, ma soprattutto sull'azione di conferma e di rinforzo dell'ambiente circostante.

Tali programmi, comprendenti sia interventi di educazione sanitaria tradizio-

nale in classe, sia la formazione di *skills*, aprono al coinvolgimento della famiglia e della comunità nella realizzazione degli interventi.

Negli Stati Uniti e in Canada, Allenswort e Kolbe (24) inaugurano il modello CHSP - Comprehensive School Health Programm.

Il CHSP è definito come “un insieme integrato e continuato nel tempo di servizi, strategie, e azioni nella scuola finalizzati a promuovere lo sviluppo fisico, emozionale, sociale ed educativo degli studenti. Il programma coinvolge e supporta le famiglie ed è stabilito dalla comunità locale e basato sui bisogni, risorse della comunità. E’ coordinato da un team interdisciplinare, responsabile nei confronti della comunità per la qualità del programma e l’efficacia” (25).

Le componenti del CSHP sono otto: (i) programmazione continua di un curriculum di educazione sanitaria dal 1 al 12 grado scolastico; (ii) servizi sanitari scolastici; (iii) ambiente scolastico; (iv) educazione fisica a scuola; (v) servizi degli alimenti; (vi) servizi di *counseling*; (vii) promozione della salute di tutto il personale; (viii) integrazione della promozione della salute della comunità scolastica (26).

I cosiddetti *comprehensive programm* (programmi globali) “comprendono” sia lo sviluppo di conoscenze, sia la formazione di *skills* negli studenti, allargano la partecipazione alla programmazione e agli interventi alla famiglia e ai membri della comunità allargata.

Importanti studi hanno rilevato che le molteplici componenti di questi programmi offrivano un notevole potenziale nel-

l’ottenere un impatto positivo sulle conoscenze, sugli atteggiamenti e sui comportamenti degli studenti (27).

Nel 1986, in Europa, la formulazione della *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute* (28) (elaborata sui principi proposti dal *WHO Working Group* nel 1984) *rivoluziona* il modo di coniugare educazione e salute anche nella scuola.

Nel documento si parla di *ri-orientamento*, ma questa espressione può essere interpretata effettivamente in senso letterale e radicale.

Muta il sistema culturale di riferimento: concetti, paradigmi, metodologie di ricerca e di intervento.

La ricerca e l’azione è centrata sugli elementi *positivi* che costruiscono la salute, piuttosto che sulla riduzione della mortalità e morbosità e sui comportamenti a rischio. *Pensare sano ecco cosa fa la differenza* (29).

Il privilegiare un’ottica positiva focalizzata sui determinanti di salute e non sulle cause di malattia, condurrà a nuove elaborazioni del concetto stesso di salute.

Ricordiamo che l’OMS aveva definito in termini positivi nel 1948 la salute - non semplice assenza di malattia, ma uno stato di completo benessere, fisico, psicologico, mentale (30) - e Alessandro Seppilli aveva sin dal 1966 introdotto il concetto di equilibrio - la salute è una condizione di equilibrio funzionale, fisico e sociale, dell’individuo dinamicamente inserito nel suo ambiente naturale e sociale - precursore di ulteriori elaborazioni che vedranno il loro sviluppo negli anni ’90.

All’interno del sistema concettuale di riferimento della promozione della salute

viene definita non una condizione ideale e un obiettivo, ma un mezzo finalizzato a un obiettivo: *(la salute è) una risorsa per la vita di ogni giorno. Per raggiungere uno stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere in grado di identificare e poter realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare bisogni e cambiare o far fronte all'ambiente...*(31).

E' da questa definizione che inizia ad essere elaborato un concetto di salute che trova le sue radici nel concetto di *funzionamento dell'uomo*, basato sul presupposto che tutti gli esseri umani hanno bisogni fondamentali e altrettante potenzialità e capacità.

La salute di una persona è l'equivalente di un insieme di condizioni che appagano e mettono in grado la persona di agire (funzionare) per portare a termine le proprie scelte e le proprie potenzialità biologiche (alcune di queste condizioni sono di importanza assoluta per tutti gli individui, altri sono variabili dipendenti da abilità individuali e circostanze particolari), psichiche e sociali.

Tra gli autori che maggiormente hanno operato per la definizione di una nuova teoria di salute Aaron Antonovsky (32, 33), Daniel Seedhaus (34), Martha Nussbaum (35).

L'assicurazione di bisogni e la realizzazione di tali capacità e potenzialità umane sono una pre-condizione per l'autonomia e per poter essere in una posizione di scegliere di "funzionare bene" e prosperare, pre-requisito della salute.

Parallelamente ai nuovi concetti di salute si sviluppa la ricerca sul concetto di qualità della vita (comprendente le ul-

teriori specificazione di ben-essere e soddisfazione, felicità) (36)

Affermando che la promozione della salute opera in un contesto che va al di là dell'individuo, e che *la salute si crea dove la gente vive, lavora*, la *Carta di Ottawa* inaugura il concetto e il conseguente approccio (37) di *setting* che darà il via alla definizione di altri concetti correlati quali contesti per la salute (*setting for health*) (38).

La scuola è uno di questi contesti: per promuovere la salute di studenti e di tutta la comunità scolastica è necessario, non solo garantire conoscenze su argomenti di salute (curriculum della salute - *health curriculum*), non solo sviluppare capacità e consapevolezza, non solo rafforzare inserire altri attori (genitori e comunità) per rafforzare conoscenze, capacità, consapevolezza e comportamenti, ma è indispensabile creare un *contesto scolastico - fisico, sociale, relazionale, organizzativo - favorevole alla salute* dell'intera comunità scolastica.

Ma *la Carta di Ottawa* è, prima di tutto, impegno politico per la salute.

La promozione della salute *richiede azioni politiche per la salute*, politiche non solo sanitarie, ma relative all'istruzione, all'economia, al fisco, all'ambiente, ai trasporti: necessita perciò di *cooperazione intersettoriale e interistituzionale*.

I governi a tutti i livelli - locali, nazionali, internazionali - hanno la responsabilità di agire in modo appropriato per favorire la salute della comunità scolastica.

La collaborazione intersettoriale, in particolari tra i settori della società che si occupano di educazione e di salute, tra decisori politici locali, nazionali e internazionali è un prerequisito importante per

rendere più solide le condizioni in cui lavorare per accrescere la salute degli individui e della comunità di costruire politiche favorevoli alla salute.

Per un'azione congiunta a livello internazionale nel 1991 nasce il Network europeo delle scuole promotrici di salute European Network of Health Promoting School (E.N.H.P.S.), progetto istituito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Commissione europea e dal Consiglio d'Europa.

#### Programmi partecipativi in una prospettiva di *empowerment*

Ultimo elemento, non in ordine di importanza, da considerare, la promozione della salute è centrata sulla partecipazione della popolazione, che deve usufruire della migliore comunicazione, formazione, educazione possibile anche sui problemi di salute che la riguardano individualmente e collettivamente.

Le definizioni di promozione della salute sono numerose: una è di importanza fondamentale per sostenere anche il concetto di partecipazione e coinvolgimento (39) ... *il processo che mette in grado la popolazione di accrescere il controllo (sui determinanti di salute) e di accrescere la propria salute*

Notiamo, come osservato da Macdonald e Davies (40), che gli elementi chiave di questa definizione sono *processo* e *controllo*; e pertanto qualità e affidabilità in promozione della salute devono essere centrate sul dare la facoltà (*enabling*) e sull'accrescere il potere (*empowerment*).

L'evidenza riposta su "*accrescere il controllo*", in relazione alla popolazione gio-

vanile proprio all'interno del contesto scolastico, è di importanza assolutamente rilevante ed è stata in genere tradotta nell'acquisizione di autonomia, indipendenza e autodeterminazione, nell'individuare una stretta corrispondenza tra obiettivi e senso di raggiungimento degli stessi, e sulle strette relazioni tra questi tentativi e gli esiti di salute.

Nel 1994 l'Ufficio regionale europeo dell'OMS elabora una definizione ufficiale di scuola promottrice di salute *La scuola promottrice di salute è finalizzata al raggiungimento di stili di vita sani per tutta la popolazione scolastica sviluppando ambienti di supporto che conducano alla promozione della salute. Essa offre opportunità, e richiede impegno, per raggiungere un ambiente fisico sociale sicuro e in grado di accrescere la salute* (41).

Da un punto di vista metodologico il riferimento alla partecipazione della popolazione giovanile, nel caso della scuola e all'*empowerment* manifesta l'esigenza di metodologie che favoriscano tale processo.

Coinvolgimento degli studenti, orientamento alla partecipazione o *empowerment*, principi che non erano presenti in nessuna definizione del CHSP statunitense e canadese, caratterizzati da una forte centratura sul ruolo degli aspetti di leadership, sul ruolo dei coordinatori della programmazione di una "scuola sana" pur concepiti quali "direttori di orchestra".

La prospettiva di *empowerment* con la popolazione giovanile vede gli studenti quali partner dell'azione educativa. Ciò comporta che i ragazzi siano considerati in grado di rappresentare se stessi, di prendere decisioni che riguardano la loro sa-

lute (42).

Un concetto riconducibile all'acquisizione di capacità e del potere di decidere comprende al suo interno diversi aspetti: i molti studi che hanno tentato di chiarire il concetto nelle diverse dimensioni sono soliti distinguere un *empowerment* motivazionale (43), facendo riferimento ad alcuni bisogni dell'individuo (autodeterminazione) e un *community empowerment*, concetto che include non solo gli aspetti psicologici ma anche le azioni politiche che attivano la partecipazione.

Applicato inizialmente con il lavoro sugli adulti il concetto di *empowerment* è stato applicato anche in educazione e promozione della salute con la popolazione giovanile (42).

Per i ragazzi è stata messa in discussione la loro capacità di scelta: non essendo ancora adulti, essi non sarebbero sufficientemente in grado di decidere cosa sia meglio per loro. Le riserve espresse nei confronti del concetto di *empowerment* con la popolazione giovanile sono connesse a un'interpretazione dell'utilizzazione del termine nel significato di "adulti ben intenzionati che possono *impoterare* giovincelli incapaci" (20). Sebbene l'*empowerment* concerna la capacità di autodeterminarsi, gli adulti possono contribuire a chiarire e strutturare le esperienze in modo tale da assistere i ragazzi ad acquisire potere.

E' chiaro infatti che nel processo formativo globale il ruolo degli adulti (genitori e insegnanti) è in primo luogo proprio quello di rafforzare e sviluppare le capacità dei ragazzi nell'assunzione di scelte e nelle decisioni.

Una strategia centrata sulla partecipazione è estremamente importante proprio per facilitare il processo stesso di apprendimento.

Una piccola nota per evidenziare come questo concetto richieda nell'applicazione della programmazione di interventi e nella successiva attuazione un'attenzione particolare e un atteggiamento profondamente etico, per evitare scopi manipolativi e delegare l'assunzione di decisioni.

## Conclusione

Dal sintetico quadro di analisi presentato si può ravvisare come anche l'educazione sanitaria nel contesto scolastico sia stata caratterizzata da un'evoluzione che ricalca le tappe di sviluppo già evidenziate per la stessa educazione sanitaria. Lamberto Briziarelli e Maria Antonia Modolo () infatti hanno attentamente analizzato il percorso concettuale e metodologico dell'educazione sanitaria evidenziandone gli stessi processi programmatori e operativi: le "tre generazioni" *educazione sanitaria/educazione alla salute/promozione della salute* sono di fatto rintracciabili infatti anche nella specifica costruzione e applicazione di modelli operativi all'interno del contesto scolastico.

Un'evoluzione storica che come abbiamo visto comporta da una parte una definizione sempre più ampia e dettagliata dei concetti e dall'altra un diversificarsi delle strategie metodologiche di intervento.

Da metodologie basate sulla trasmissione di conoscenze allo sviluppo di *skills*, da programmi globali che ampliano i soggetti degli interventi alle famiglie e alla

comunità utilizzando, alle azioni di promozione della salute centrate sull'*empowerment* in un continuum verso l'adozione di modelli, programmazioni e realizzazione di interventi sempre più complessi.

Osservato dal punto di vista dell'operatività - della programmazione e realizzazione degli interventi - tale sviluppo non ha seguito un andamento lineare. L'operatività in favore della salute degli studenti nella scuola ha continuato ad adottare l'una o l'altra opzione metodologica - basti pensare che l'educazione sa-

nitaria è parte integrante della promozione della salute -, ma i progressivi mutamenti e le sempre più complesse argomentazioni utilizzate per specificare concetti quali salute e ben-essere hanno portato non solo alla costruzione di modelli sempre più articolati, che spiegassero cosa e come produrre o favorire salute/benessere dei giovani, ma anche allo sviluppo di una evidenza scientifica sempre più fondata sui fattori correlabili alla salute e al ben-essere dei ragazzi nel contesto scuola.

## BIBLIOGRAFIA

1. Allenswort D.D., Kolbe L.J. The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. In: *Journal of School Health*, 1987, 57, 409-412.
2. Allenswort D.D., Wyche J., Lawson E. et al. Defining a Comprehensive School Health Program: an Interim Statement. Division of Health Sciences Policy, National Academy Press, Washington, DC, 1995.
3. Antonovsky A The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: *Health Promotion International*, 1996, 11, 1, 11-32.
4. Bandura A. *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1977.
5. Bandura A. Il senso di autoefficacia, Erikson, Trento, 1999.
6. Baric, L. The settings approach - implications for policy and strategy. In: *Journal of the Institute of Health Education*, 1993 31, 17-24.
7. Botvin G. Preventing the onset of smoking through life skills training. In: *Preventive Medicine* 1980, 9, 135-143.
8. Conger J.A., Kanungo R.N. (1988) The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of management Review*, 13, 471-482
9. Deschesnes M., Martin C., Hill A.J. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? In: *Health Promotion International*, 2003, 18, 4, 387-396.
10. Flay B.R., Koepke D., Thomson S.J. et al. Six-year follow up of the first Waterloo School Smoking Prevention Trial. In: *American Journal of Public Health*, 1989, 79, 1377-1380.
11. Gatta G., Malvezzi I, Santi M. et al. Randomized trial of primary school education against smoking. In: *Tumori*, 1991, 77, 367-371.
12. Goodstadt M.S. Alcohol and drug education: models and outcomes. In: *Health Education Monograph*, 1978, 6, 263-279.
13. Green L., Lewis F. *Evaluation and Measurement in Health Education and Health Promotion*. Mayfield, Palo Alto, California, 1986.
14. Hagquist C, Starrin B Health Education in schools- from information to empowerment models. In: *Health Promotion International*, 1997, 12, 3 225-232.
15. Hopson B, Scally M Life skills teaching programmes, I,II,III,IV, Life skills, Publication Group, Pripry Press, Myrfield, Wet Yorkshire, 1982.
16. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), European Commission. The evidence of Health Promotion Effectiveness, *Shaping Public Health in a New Europe*, part two, ECSC-EC-EAC, Brussewls, 2000 pp 110-122.
17. Kalnins I, Mc Queen D., Backett K.C. et al.

- Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. In: *Health Promotion International*, 1992, 7, 53-59.
18. Kikbusch I. Pensare sano. Cosa fa la differenza. In: *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 1998, (21), 3, 14-27.
  19. Kolbe L. J., (1985) Why school health education? An empirical point of view. In: *Health Education* 16, 116-120.
  20. Linagh M., Scholfield M.J, Sanson Fischer R.W School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature, In: *Health Promotion International* 1997, vol. 12, 1, 43-60.
  21. Luepker R.V., Johnson C.A., Murray D.M., et al. Prevention of cigarette smoking: three-year follow up on an educational program. In: *Journal of Behavioural Medicine*, 1983, 6, 53-62.
  22. Macdonald G., Davies J.K. Reflection and Vision: Proving and Improving the Promotion of Health. In : Davies J.K., Macdonald G eds. *Quality Evidence and Effectiveness in Health*, London, Routledge, 1998.
  23. Modolo M.A Briziarelli L. Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale. In *Educazione sanitaria e Promozione della salute*, 1990. (13), 3, 161-172.
  24. Modolo M. A., Seppilli A, Briziarelli B. et al. *Educazione Sanitaria*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1989.
  25. Murray D.H., Pirie P, Luepker R. V et al. Five and sex year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. In: *Journal of Behavioural Medicine*, 12, 207-218.
  26. Nussbaum M (2002) Giustizia sociale e dignità umana: da individui a persone, Il Mulino, Bologna, 2002.
  27. Nutbeam D, Wise M , Baumann A. et al. Goal and Target for Australia's Health in Year 2000 and Beyond. Commonwealth department of health, Housing & Community Services, AGPS Canberra, 1993.
  28. Nutbeam, D. Health promotion glossary. In: *Health Promotion International*, 1998, 13, 349-364
  29. Parson C., Stears D., Thomas C. The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. In: *Health Education Journal*, 1996, 55, 311-321.
  30. Perry C., Kille J., Tech M. et al. Modifying smoking behaviour of teenagers: a school - based intervention. In: *American Journal of Public Health*, 1980, 70(7), 722-725.
  31. Putton A. Empowerment a scuola. Carocci.....
  32. Rosenstock I. Historical origins of the Health Belief Model. In: *Health Education Monographs*, 1974, 2, 470-473.
  33. Seedhouse D. *Health: the Foundations for Achievement*. 2a Edizione, Chichester John Wiley& Sons, 2001.
  34. St Leger L. What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? In: *Health Promotion International*, 2004, vol. 19, 4, 405-408.
  35. Tenconi M. T. Il programma "la sigaretta non mi dona" in Lombardia. Valutazione a medio termine. In *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 2001, (24) 4, 261-271.
  36. Thompson E. L. Smoking education programs 1960-1976. In: *American Journal of Public Health*, 1978, 68, 250-257.
  37. US Department of Health and Human Services (1991) *Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives and healthy schools*, In: *Journal of School Health*, 61, 298-328.
  38. Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young I. and Witney, E. 'Settings' based health promotion: a review. In: *Health Promotion International*, 2001, 16, 339-353.
  39. Wiley D, James G., Jones J. Crozman E Comprehensive school health program in public schools, *Journal of School Health*, 1991,52, 407-410.
  40. World Health Organisation. *Health Promotion Glossary*, WHO/HPR/HEP/98.1 World Health Organisation Genève, 1998.
  41. World Health Organization *Life skills education in schools (WHO/MNH/PSF/93.A Rev,1)* Genève, 1993.
  42. World Health Organization *Targets for All: Target in support of the European Regional Strategy for Health for All*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
  43. World Health Organisation *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Regional Office for Europe, Ottawa, 1986.

294 *Articoli*

44. World Health Organisation. The Overall Progress of the ENHPS Project, January-December 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
45. WHOQOL Group). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL) development and general psychometric properties. In: Social Science and Medicine, 1998 46, 1569-1585
46. Zins J. Wagner D.I., Maher C.A. Health Promotion in the Schools. Innovative Approaches to facilitating Physical and Emotional Well-being, The Haworth Press Inc., New York, 1985.

## Educazione sanitaria, promozione della salute nella scuola, scuola promotrice di salute: linee di un'evoluzione storica e metodologica

Paola Beatini

parole chiave

key words:

### RIASSUNTO

La scuola è da sempre riconosciuta quale luogo deputato allo sviluppo di conoscenze e atteggiamenti su contenuti e problemi correlati alla salute e potenzialmente in grado di incidere di conseguenza anche sui comportamenti presenti e futuri della popolazione giovanile

I programmi si sono nel tempo modificati, seguendo l'evolversi del quadro di mortalità e morbosità giovanile per gli approcci di tipo preventivo e l'estendersi del concetto di salute e ben-essere per quanto riguarda gli approcci promozionali, a seguito dei limitati risultati in termini di cambiamento di comportamenti mostrati dall'evidenza scientifica.

Da un punto di vista metodologico il quadro di azione si è modificato e da modelli educativi di tipo tradizionale centrati sui contenuti da trasmettere a modelli più globali centrati sul soggetto dell'apprendimento e sul contesto. Anche in tale ambito di intervento i principi e i modelli della promozione della salute hanno ri-orientato l'azione soprattutto da un punto di vista metodologico, richiedendo l'adozione di metodologie centrate sullo sviluppo di capacità personali e sociali, sull'*empowerment* e ca-

### SUMMARY

Schools have always been recognised as places concerned with the development of the knowledge of and attitude towards problems relating to health and thus potentially capable of influencing current and future juvenile behaviour

Programmes have been modified in the course of time following the pattern of juvenile mortality and disease regarding the preventive stance to advanced awareness of the concept of health and well being from a promotional one, following the limited results obtained in terms of behaviour change shown by scientific evidence

From a methodological point of view interventive action has been modified from traditional educational models based on the specific contents to be transmitted to more global models based on the subject being educated and the context. In this type of action principles and models of health promotion have redirected interventive action especially from a methodological point of view. This requires the adoption of methodology based on the development of personal and social capacity and on empowerment, all of which is characterised by a wider reference area (family, community).

Paola Beatini, Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, organizzazione e programmazione sanitaria, epidemiologia ambientale, sezione del Dipartimento di specialità medico chirurgiche e sanità pubblica, Università degli studi di Perugia.

ratterizzate da un quadro di riferimento assai più allargato (famiglia, comunità)

Da un punto di vista dell'operatività, lo sviluppo di nuovi modelli e l'evolversi della metodologia di programmazione e realizzazione di interventi non ha comportato l'affermarsi o la sostituzione di un'opzione sull'altra. Interventi di educazione sanitaria continuano a coesistere con interventi e progetti di rete di promozione della salute nelle e tra le scuole, costituendo il complesso ed eterogeneo panorama di riferimento della costruzione e attuazione di interventi il favore della salute nella scuola

### Scuola e salute

Le organizzazioni internazionali per la salute da sempre identificano la scuola quale istituzione potenzialmente in grado di svolgere un ruolo determinante nell'incidere sugli stili di vita e sui comportamenti di salute, presenti e futuri, della popolazione giovanile (1, 2, 3, 4).

La ricerca scientifica ha progressivamente analizzato e ampiamente giustificato i diversi ordini di motivi che hanno prodotto un grande investimento di risorse umane e finanziarie nella programmazione e realizzazione di interventi in favore della salute della popolazione giovanile all'interno del loro ambiente di studio e di lavoro (1).

La scuola è il luogo dove i ragazzi trascorrono una gran parte della loro vita, in particolare gli anni in cui possono instaurarsi anche comportamenti a rischio per la loro salute o in cui alcuni atteggiamenti possono stabilizzarsi e garantisce al contempo l'accesso alla popolazione giovanile nel suo complesso, incluso minoranze e gruppi svantaggiati (5).

La scuola è il luogo di apprendimento per eccellenza dotato di professionalità e

From an operative point of view, the development of new models and the evolution of the methodology of programming and the realisation of intervention has not brought about the prevalence of one option over the other nor the substitution of one by the other. Health education intervention continues to coexist with intervention and projects of health promotion in and between schools. This constitutes a complex and heterogeneous reference area for the construction and implementation of forms of intervention in favour of health in schools.

strutture che costituiscono un contesto ottimale per integrare conoscenze e capacità attraverso l'inserimento di un curriculum della salute che sia al contempo ben accolto e poco costoso (6).

E' stato inoltre riconosciuto anche come il cosiddetto curriculum informale o "hidden" curriculum di una scuola possa influenzare significativamente atteggiamenti e comportamenti degli studenti. Messaggi di educazione e promozione della salute comunicati in classe possono essere rafforzati o completamente ignorati da quanto avviene all'interno del clima scolastico generale, come dimostrato da alcuni studi relativi all'abitudine al fumo in ambiente scolastico (7).

Nella scuola gli insegnanti svolgono un ruolo chiave quali modelli di riferimento per gli studenti e per questo interventi volti al cambiamento di atteggiamenti e comportamenti dei discenti possono trovare importanti alleati nel conseguimento degli obiettivi prefissati.

La scuola, infine, costituisce un legame con le famiglie che possono rafforzare e integrare attraverso un coinvolgimento diretto o indiretto le strategie di educazione alla salute realizzate nella scuola.

Da ciò la riconosciuta enfasi posta nella programmazione e realizzazione di interventi finalizzati alla prevenzione di malattie e dei comportamenti a rischio e alla tutela o al miglioramento delle condizioni di salute degli studenti nei paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo.

#### Fornire conoscenze/modelli educativi tradizionali

Questi si sono sviluppati per molti anni unicamente nella forma tradizionale dell'*educazione sanitaria* attraverso un *curriculum della salute* inserito in modalità differenti - continuo e sistematico o frammentario e legato alla contingenza - o semplicemente attraverso *argomenti* di salute all'interno della quotidiana attività scolastica delle scuole di ogni ordine e grado nei diversi sistemi scolastici.

Da un punto di vista metodologico, gli interventi di educazione sanitaria rivolti agli studenti da insegnanti e/o da operatori dei servizi sanitari, hanno in un primo tempo offerto quindi una serie di informazioni, trasmesso una serie di contenuti connessi alla salute nella convinzione che garantendo ai ragazzi conoscenze adeguate su alcune malattie e problemi o su argomenti di salute, questi potessero influenzare i loro comportamenti.

Relativamente ai *contenuti* proposti è logico che questi abbiano seguito - nella specifica diversità del tempo e nei luoghi - l'evoluzione della mortalità e della morbosità nella popolazione target degli interventi.

Come recentemente osservato in una

breve rassegna presentata da Lawrence St Leger si è passati da un interesse per i problemi connessi all'igiene personale della prima metà del XX secolo - pulizia del proprio corpo, uso corretto dell'acqua - a una serie di tematiche sempre più ampie e complesse che hanno seguito l'evolversi dei principali problemi di salute e degli atteggiamenti e dei comportamenti dei ragazzi (8).

Dall'educazione alla salute orale al consumo di alcol, all'alimentazione, al fumo, alla droga, alla sessualità, agli incidenti stradali, alle malattie sessualmente trasmissibili - da ultimo l'emergenza AIDS - a tutto l'ampio spettro delle problematiche, oggi giorno sempre più emergenti, connesse alla salute mentale.

Approfondite ricerche hanno rilevato però l'inadeguatezza e l'inefficacia di questo tipo di metodologia di azione e la mancanza di risultati in termini di cambiamento di comportamento e, di conseguenza, in termini di salute (9, 10, 11, 12).

#### Sviluppare atteggiamenti e capacità/modelli educativi moderni

Intorno agli anni '80 si è cercato quindi di fondare i programmi di educazione sanitaria sull'adozione di modelli e metodologie di intervento più complesse, che ne accrescessero i risultati in termini di efficacia.

Si tratta di una serie di programmi caratterizzati da metodologie di azione innovative finalizzati a sviluppare nello studente abilità (*skills*) e atteggiamenti che lo mettano in grado di fare scelte di

salute sane (13,14,15).

Con il termine *skill* (capacità) l'OMS indica "tutte quelle abilità e competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali *skills* socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio, in risposta agli stress (16).

Queste le *skills* individuate dall'OMS: capacità di prendere decisioni (*decision making*), capacità di risolvere i problemi (*problem solving*), senso critico, comunicazione efficace, capacità per le relazioni interpersonali, autocoscienza, empatia, gestione delle emozioni, gestione dello stress.

La maggior parte di questi programmi sono basati sulla teoria dell'apprendimento sociale e l'autoefficacia di A. Bandura (17) e sull'*Health Belief Model* (18).

Si tratta essenzialmente di interventi caratterizzati da una serie di metodologie di azione nell'ambito dell'educazione sanitaria a scuola centrate sul soggetto dell'apprendimento piuttosto che sul contenuto da trattare.

E' un cambiamento significativo: è proprio nella definizione di questi programmi denominati *innovativi* che l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* inizia a parlare di *promozione alla salute nella scuola*.

Il cambiamento è riferibile sia a un'ottica di azione già incentrata sugli quegli elementi positivi che possono favorire la salute, primi fra tutti *autoefficacia* e *autostima*, sia alle metodologie di realiz-

zazione degli interventi.

Non vi è ancora una definizione concettuale di riferimento di promozione della salute, si parla di "*approcci metodologici finalizzati a facilitare il benessere fisico e psicologico di gruppi e individui*" (19).

Hagquist e Starrin (20) nel loro lavoro finalizzato a definire una tipologia delle diverse metodologie di intervento in educazione sanitaria nella scuola analizzano questo sviluppo nel tempo di una strategia educativa dell'educazione sanitaria da modelli tradizionali basati sul trasferimento di conoscenze e centrati su problemi di salute e comportamenti a rischio a modelli educativi sempre più complessi, caratterizzati da metodologie di insegnamento diversificate.

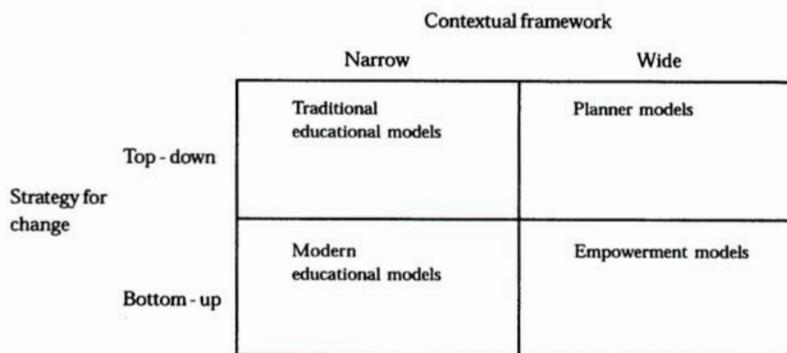
Uno sviluppo che segue storicamente la stessa evoluzione dei modelli educativi e didattici dell'insegnamento scolastico.

Il loro lavoro ha evidenziato l'esistenza di due categorie di interventi di educazione sanitaria. La prima è quella della strategia usata per il cambiamento (dall'alto al basso e dal basso in alto/*top down* e *bottom up*); la seconda è riferita al quadro di riferimento ampio o limitato (*narrow/wide contextual framework*) all'interno del quale è praticato.

Da un insegnamento tradizionale (*traditional educational models*) caratterizzato da una strategia dall'alto verso il basso (*top down*), in cui lo studente è recettore delle informazioni a modelli educativi moderni (*modern educational models*) caratterizzati da una strategia dal basso verso l'alto (*bottom up*) nei quali gli studenti sono partecipanti attivi e il lavoro è centrato sui fattori che influenzano il comporta-

mento più che sui comportamenti di salute stessi.

Due i tipi di programmi individuati all'interno dei modelli educativi denomi-



da Hagquist e Starrin, 1997

nati innovativi: programmi affettivi finalizzati a favorire lo sviluppo emotivo e creare competenze sociali (programmi centrati sulla costruzione dell'autostima e della gestione dello stress) e programmi sull'influenza sociale più centrati a sviluppare quelle capacità che sono necessarie nelle situazioni concrete (programmi centrati sulla costruzione di abilità di resistenza alla pressione dei pari, programmi atti a sviluppare nei ragazzi la resistenza ai messaggi pubblicitari).

Anche questi programmi che hanno associato alla tradizionale educazione sanitaria la metodologia dell'apprendimento sociale ed emotivo hanno ottenuto alcuni successi nel ridurre tra gli studenti il consumo di droga a breve termine (13,15), ma si sono dimostrati non efficaci a lungo termine (21, 22, 23) nel modificare i comportamenti di salute dei ragazzi in età scolare.

Programmi globali/modelli educativi moderni in una cornice di riferimento allargato

Di qui la necessità e il tentativo di andare oltre i modelli esistenti e di ampliare soprattutto *la cornice di riferimento* degli interventi superando un approccio educativo che, pur di importanza irrinunciabile nel garantire adeguate conoscenze e sviluppare consapevolezza, si manifestava parziale nel conseguire risultati in termini di cambiamento di comportamenti favorevoli alla salute.

Inizia a delinarsi la definizione di *comprehensive programm* intendendo con tale termine, un insieme di strategie integrate che focalizza l'attenzione sia su atteggiamenti e comportamenti dei ragazzi, ma soprattutto sull'azione di conferma e di rinforzo dell'ambiente circostante.

Tali programmi, comprendenti sia interventi di educazione sanitaria tradizio-

nale in classe, sia la formazione di *skills*, aprono al coinvolgimento della famiglia e della comunità nella realizzazione degli interventi.

Negli Stati Uniti e in Canada, Allenswort e Kolbe (24) inaugurano il modello CHSP - Comprehensive School Health Programm.

Il CHSP è definito come “un insieme integrato e continuato nel tempo di servizi, strategie, e azioni nella scuola finalizzati a promuovere lo sviluppo fisico, emozionale, sociale ed educativo degli studenti. Il programma coinvolge e supporta le famiglie ed è stabilito dalla comunità locale e basato sui bisogni, risorse della comunità. E' coordinato da un team interdisciplinare, responsabile nei confronti della comunità per la qualità del programma e l'efficacia” (25).

Le componenti del CSHP sono otto: (i) programmazione continua di un curriculum di educazione sanitaria dal 1 al 12 grado scolastico; (ii) servizi sanitari scolastici; (iii) ambiente scolastico; (iv) educazione fisica a scuola; (v) servizi degli alimenti; (vi) servizi di *counseling*; (vii) promozione della salute di tutto il personale; (viii) integrazione della promozione della salute della comunità scolastica (26).

I cosiddetti *comprehensive programm* (programmi globali) “comprendono” sia lo sviluppo di conoscenze, sia la formazione di *skills* negli studenti, allargano la partecipazione alla programmazione e agli interventi alla famiglia e ai membri della comunità allargata.

Importanti studi hanno rilevato che le molteplici componenti di questi programmi offrivano un notevole potenziale nel-

l'ottenere un impatto positivo sulle conoscenze, sugli atteggiamenti e sui comportamenti degli studenti (27).

Nel 1986, in Europa, la formulazione della *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute* (28) (elaborata sui principi proposti dal *WHO Working Group* nel 1984) *rivoluziona* il modo di coniugare educazione e salute anche nella scuola.

Nel documento si parla di *ri-orientamento*, ma questa espressione può essere interpretata effettivamente in senso letterale e radicale.

Muta il sistema culturale di riferimento: concetti, paradigmi, metodologie di ricerca e di intervento.

La ricerca e l'azione è centrata sugli elementi *positivi* che costruiscono la salute, piuttosto che sulla riduzione della mortalità e morbosità e sui comportamenti a rischio. *Pensare sano ecco cosa fa la differenza* (29).

Il privilegiare un'ottica positiva focalizzata sui determinanti di salute e non sulle cause di malattia, condurrà a nuove elaborazioni del concetto stesso di salute.

Ricordiamo che l'OMS aveva definito in termini positivi nel 1948 la salute - non semplice assenza di malattia, ma uno stato di completo benessere, fisico, psicologico, mentale (30) - e Alessandro Seppilli aveva sin dal 1966 introdotto il concetto di equilibrio - la salute è una condizione di equilibrio funzionale, fisico e sociale, dell'individuo dinamicamente inserito nel suo ambiente naturale e sociale - precursore di ulteriori elaborazioni che vedranno il loro sviluppo negli anni '90.

All'interno del sistema concettuale di riferimento della promozione della salute

viene definita non una condizione ideale e un obiettivo, ma un mezzo finalizzato a un obiettivo: *(la salute è) una risorsa per la vita di ogni giorno. Per raggiungere uno stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere in grado di identificare e poter realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare bisogni e cambiare o far fronte all'ambiente...*(31).

E' da questa definizione che inizia ad essere elaborato un concetto di salute che trova le sue radici nel concetto di *funzionamento dell'uomo*, basato sul presupposto che tutti gli esseri umani hanno bisogni fondamentali e altrettante potenzialità e capacità.

La salute di una persona è l'equivalente di un insieme di condizioni che appaiano e mettono in grado la persona di agire (funzionare) per portare a termine le proprie scelte e le proprie potenzialità biologiche (alcune di queste condizioni sono di importanza assoluta per tutti gli individui, altri sono variabili dipendenti da abilità individuali e circostanze particolari), psichiche e sociali.

Tra gli autori che maggiormente hanno operato per la definizione di una nuova teoria di salute Aaron Antonovsky (32, 33), Daniel Seedhaus (34), Martha Nussbaum (35).

L'assicurazione di bisogni e la realizzazione di tali capacità e potenzialità umane sono una pre-condizione per l'autonomia e per poter essere in una posizione di scegliere di "funzionare bene" e prosperare, pre-requisito della salute.

Parallelamente ai nuovi concetti di salute si sviluppa la ricerca sul concetto di qualità della vita (comprendente le ul-

teriori specificazione di ben-essere e soddisfazione, felicità) (36)

Affermando che la promozione della salute opera in un contesto che va al di là dell'individuo, e che *la salute si crea dove la gente vive, lavora*, la *Carta di Ottawa* inaugura il concetto e il conseguente approccio (37) di *setting* che darà il via alla definizione di altri concetti correlati quali contesti per la salute (*setting for health*) (38).

La scuola è uno di questi contesti: per promuovere la salute di studenti e di tutta la comunità scolastica è necessario, non solo garantire conoscenze su argomenti di salute (curriculum della salute - *health curriculum*), non solo sviluppare capacità e consapevolezza, non solo rafforzare inserire altri attori (genitori e comunità) per rafforzare conoscenze, capacità, consapevolezza e comportamenti, ma è indispensabile creare un *contesto scolastico - fisico, sociale, relazionale, organizzativo - favorevole alla salute* dell'intera comunità scolastica.

Ma *la Carta di Ottawa* è, prima di tutto, impegno politico per la salute.

La promozione della salute *richiede azioni politiche per la salute*, politiche non solo sanitarie, ma relative all'istruzione, all'economia, al fisco, all'ambiente, ai trasporti: necessita perciò di *cooperazione intersettoriale e interistituzionale*.

I governi a tutti i livelli - locali, nazionali, internazionali - hanno la responsabilità di agire in modo appropriato per favorire la salute della comunità scolastica.

La collaborazione intersettoriale, in particolari tra i settori della società che si occupano di educazione e di salute, tra decisori politici locali, nazionali e internazionali è un prerequisito importante per

rendere più solide le condizioni in cui lavorare per accrescere la salute degli individui e della comunità di costruire politiche favorevoli alla salute.

Per un'azione congiunta a livello internazionale nel 1991 nasce il Network europeo delle scuole promotrici di salute European Network of Health Promoting School (E.N.H.P.S.), progetto istituito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Commissione europea e dal Consiglio d'Europa.

#### Programmi partecipativi in una prospettiva di *empowerment*

Ultimo elemento, non in ordine di importanza, da considerare, la promozione della salute è centrata sulla partecipazione della popolazione, che deve usufruire della migliore comunicazione, formazione, educazione possibile anche sui problemi di salute che la riguardano individualmente e collettivamente.

Le definizioni di promozione della salute sono numerose: una è di importanza fondamentale per sostenere anche il concetto di partecipazione e coinvolgimento (39) ... *il processo che mette in grado la popolazione di accrescere il controllo (sui determinanti di salute) e di accrescere la propria salute*

Notiamo, come osservato da Macdonald e Davies (40), che gli elementi chiave di questa definizione sono *processo* e *controllo*; e pertanto qualità e affidabilità in promozione della salute devono essere centrate sul dare la facoltà (*enabling*) e sull'accrescere il potere (*empowerment*).

L'evidenza riposta su "*accrescere il controllo*", in relazione alla popolazione gio-

vanile proprio all'interno del contesto scolastico, è di importanza assolutamente rilevante ed è stata in genere tradotta nell'acquisizione di autonomia, indipendenza e autodeterminazione, nell'individuare una stretta corrispondenza tra obiettivi e senso di raggiungimento degli stessi, e sulle strette relazioni tra questi tentativi e gli esiti di salute.

Nel 1994 l'Ufficio regionale europeo dell'OMS elabora una definizione ufficiale di scuola promottrice di salute *La scuola promottrice di salute è finalizzata al raggiungimento di stili di vita sani per tutta la popolazione scolastica sviluppando ambienti di supporto che conducano alla promozione della salute. Essa offre opportunità, e richiede impegno, per raggiungere un ambiente fisico sociale sicuro e in grado di accrescere la salute* (41).

Da un punto di vista metodologico il riferimento alla partecipazione della popolazione giovanile, nel caso della scuola e all'*empowerment* manifesta l'esigenza di metodologie che favoriscano tale processo.

Coinvolgimento degli studenti, orientamento alla partecipazione o *empowerment*, principi che non erano presenti in nessuna definizione del CHSP statunitense e canadese, caratterizzati da una forte centratura sul ruolo degli aspetti di leadership, sul ruolo dei coordinatori della programmazione di una "scuola sana" pur concepiti quali "direttori di orchestra".

La prospettiva di *empowerment* con la popolazione giovanile vede gli studenti quali partner dell'azione educativa. Ciò comporta che i ragazzi siano considerati in grado di rappresentare se stessi, di prendere decisioni che riguardano la loro sa-

lute (42).

Un concetto riconducibile all'acquisizione di capacità e del potere di decidere comprende al suo interno diversi aspetti: i molti studi che hanno tentato di chiarire il concetto nelle diverse dimensioni sono soliti distinguere un *empowerment* motivazionale (43), facendo riferimento ad alcuni bisogni dell'individuo (autodeterminazione) e un *community empowerment*, concetto che include non solo gli aspetti psicologici ma anche le azioni politiche che attivano la partecipazione.

Applicato inizialmente con il lavoro sugli adulti il concetto di *empowerment* è stato applicato anche in educazione e promozione della salute con la popolazione giovanile (42).

Per i ragazzi è stata messa in discussione la loro capacità di scelta: non essendo ancora adulti, essi non sarebbero sufficientemente in grado di decidere cosa sia meglio per loro. Le riserve espresse nei confronti del concetto di *empowerment* con la popolazione giovanile sono connesse a un'interpretazione dell'utilizzazione del termine nel significato di "adulti ben intenzionati che possono *impoterare* giovincelli incapaci" (20). Sebbene l'*empowerment* concerna la capacità di autodeterminarsi, gli adulti possono contribuire a chiarire e strutturare le esperienze in modo tale da assistere i ragazzi ad acquisire potere.

E' chiaro infatti che nel processo formativo globale il ruolo degli adulti (genitori e insegnanti) è in primo luogo proprio quello di rafforzare e sviluppare le capacità dei ragazzi nell'assunzione di scelte e nelle decisioni.

Una strategia centrata sulla partecipazione è estremamente importante proprio per facilitare il processo stesso di apprendimento.

Una piccola nota per evidenziare come questo concetto richieda nell'applicazione della programmazione di interventi e nella successiva attuazione un'attenzione particolare e un atteggiamento profondamente etico, per evitare scopi manipolativi e delegare l'assunzione di decisioni.

## Conclusione

Dal sintetico quadro di analisi presentato si può ravvisare come anche l'educazione sanitaria nel contesto scolastico sia stata caratterizzata da un'evoluzione che ricalca le tappe di sviluppo già evidenziate per la stessa educazione sanitaria. Lamberto Briziarelli e Maria Antonia Modolo () infatti hanno attentamente analizzato il percorso concettuale e metodologico dell'educazione sanitaria evidenziandone gli stessi processi programmatori e operativi: le "tre generazioni" *educazione sanitaria/educazione alla salute/promozione della salute* sono di fatto rintracciabili infatti anche nella specifica costruzione e applicazione di modelli operativi all'interno del contesto scolastico.

Un'evoluzione storica che come abbiamo visto comporta da una parte una definizione sempre più ampia e dettagliata dei concetti e dall'altra un diversificarsi delle strategie metodologiche di intervento.

Da metodologie basate sulla trasmissione di conoscenze allo sviluppo di *skills*, da programmi globali che ampliano i soggetti degli interventi alle famiglie e alla

comunità utilizzando, alle azioni di promozione della salute centrate sull'*empowerment* in un continuum verso l'adozione di modelli, programmazioni e realizzazione di interventi sempre più complessi.

Osservato dal punto di vista dell'operatività - della programmazione e realizzazione degli interventi - tale sviluppo non ha seguito un andamento lineare. L'operatività in favore della salute degli studenti nella scuola ha continuato ad adottare l'una o l'altra opzione metodologica - basti pensare che l'educazione sa-

nitaria è parte integrante della promozione della salute -, ma i progressivi mutamenti e le sempre più complesse argomentazioni utilizzate per specificare concetti quali salute e ben-essere hanno portato non solo alla costruzione di modelli sempre più articolati, che spiegassero cosa e come produrre o favorire salute/benessere dei giovani, ma anche allo sviluppo di una evidenza scientifica sempre più fondata sui fattori correlabili alla salute e al ben-essere dei ragazzi nel contesto scuola.

## BIBLIOGRAFIA

1. Allenswort D.D., Kolbe L.J. The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. In: *Journal of School Health*, 1987, 57, 409-412.
2. Allenswort D.D., Wyche J., Lawson E. et al. Defining a Comprehensive School Health Program: an Interim Statement. Division of Health Sciences Policy, National Academy Press, Washington, DC, 1995.
3. Antonovsky A The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: *Health Promotion International*, 1996, 11, 1, 11-32.
4. Bandura A. *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1977.
5. Bandura A. Il senso di autoefficacia, Erikson, Trento, 1999.
6. Baric, L. The settings approach - implications for policy and strategy. In: *Journal of the Institute of Health Education*, 1993 31, 17-24.
7. Botvin G. Preventing the onset of smoking through life skills training. In: *Preventive Medicine* 1980, 9, 135-143.
8. Conger J.A., Kanungo R.N. (1988) The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of management Review*, 13, 471-482
9. Deschesnes M., Martin C., Hill A.J. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? In: *Health Promotion International*, 2003, 18, 4, 387-396.
10. Flay B.R., Koepke D., Thomson S.J. et al. Six-year follow up of the first Waterloo School Smoking Prevention Trial. In: *American Journal of Public Health*, 1989, 79, 1377-1380.
11. Gatta G., Malvezzi I, Santi M. et al. Randomized trial of primary school education against smoking. In: *Tumori*, 1991, 77, 367-371.
12. Goodstadt M.S. Alcohol and drug education: models and outcomes. In: *Health Education Monograph*, 1978, 6, 263-279.
13. Green L., Lewis F. *Evaluation and Measurement in Health Education and Health Promotion*. Mayfield, Palo Alto, California, 1986.
14. Hagquist C, Starrin B Health Education in schools- from information to empowerment models. In: *Health Promotion International*, 1997, 12, 3 225-232.
15. Hopson B, Scally M Life skills teaching programmes, I,II,III,IV, Life skills, Publication Group, Pripry Press, Myrfield, Wet Yorkshire, 1982.
16. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), European Commission. The evidence of Health Promotion Effectiveness, *Shaping Public Health in a New Europe*, part two, ECSC-EC-EAC, Brussewls, 2000 pp 110-122.
17. Kalnins I, Mc Queen D., Backett K.C. et al.

- Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. In: *Health Promotion International*, 1992, 7, 53-59.
18. Kikbusch I. Pensare sano. Cosa fa la differenza. In: *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 1998, (21), 3, 14-27.
  19. Kolbe L. J., (1985) Why school health education? An empirical point of view. In: *Health Education* 16, 116-120.
  20. Linagh M., Scholfield M.J, Sanson Fischer R.W School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature, In: *Health Promotion International* 1997, vol. 12, 1, 43-60.
  21. Luepker R.V., Johnson C.A., Murray D.M., et al. Prevention of cigarette smoking: three-year follow up on an educational program. In: *Journal of Behavioural Medicine*, 1983, 6, 53-62.
  22. Macdonald G., Davies J.K. Reflection and Vision: Proving and Improving the Promotion of Health. In : Davies J.K., Macdonald G eds. *Quality Evidence and Effectiveness in Health*, London, Routledge, 1998.
  23. Modolo M.A Briziarelli L. Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale. In *Educazione sanitaria e Promozione della salute*, 1990. (13), 3, 161-172.
  24. Modolo M. A., Seppilli A, Briziarelli B. et al. *Educazione Sanitaria*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1989.
  25. Murray D.H., Pirie P, Luepker R. V et al. Five and sex year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. In: *Journal of Behavioural Medicine*, 12, 207-218.
  26. Nussbaum M (2002) Giustizia sociale e dignità umana: da individui a persone, Il Mulino, Bologna, 2002.
  27. Nutbeam D, Wise M , Baumann A. et al. Goal and Target for Australia's Health in Year 2000 and Beyond. Commonwealth department of health, Housing & Community Services, AGPS Canberra, 1993.
  28. Nutbeam, D. Health promotion glossary. In: *Health Promotion International*, 1998, 13, 349-364
  29. Parson C., Stears D., Thomas C. The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. In: *Health Education Journal*, 1996, 55, 311-321.
  30. Perry C., Kille J., Tech M. et al. Modifying smoking behaviour of teenagers: a school - based intervention. In: *American Journal of Public Health*, 1980, 70(7), 722-725.
  31. Putton A. Empowerment a scuola. Carocci.....
  32. Rosenstock I. Historical origins of the Health Belief Model. In: *Health Education Monographs*, 1974, 2, 470-473.
  33. Seedhouse D. *Health: the Foundations for Achievement*. 2a Edizione, Chichester John Wiley& Sons, 2001.
  34. St Leger L. What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? In: *Health Promotion International*, 2004, vol. 19, 4, 405-408.
  35. Tenconi M. T. Il programma "la sigaretta non mi dona" in Lombardia. Valutazione a medio termine. In *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 2001, (24) 4, 261-271.
  36. Thompson E. L. Smoking education programs 1960-1976. In: *American Journal of Public Health*, 1978, 68, 250-257.
  37. US Department of Health and Human Services (1991) *Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives and healthy schools*, In: *Journal of School Health*, 61, 298-328.
  38. Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young I. and Witney, E. 'Settings' based health promotion: a review. In: *Health Promotion International*, 2001, 16, 339-353.
  39. Wiley D, James G., Jones J. Crozman E Comprehensive school health program in public schools, *Journal of School Health*, 1991,52, 407-410.
  40. World Health Organisation. *Health Promotion Glossary*, WHO/HPR/HEP/98.1 World Health Organisation Genève, 1998.
  41. World Health Organization *Life skills education in schools (WHO/MNH/PSF/93.A Rev,1)* Genève, 1993.
  42. World Health Organization *Targets for All: Target in support of the European Regional Strategy for Health for All*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
  43. World Health Organisation *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Regional Office for Europe, Ottawa, 1986.

294 *Articoli*

44. World Health Organisation. The Overall Progress of the ENHPS Project, January-December 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
45. WHOQOL Group). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL) development and general psychometric properties. In: Social Science and Medicine, 1998 46, 1569-1585
46. Zins J. Wagner D.I., Maher C.A. Health Promotion in the Schools. Innovative Approaches to facilitating Physical and Emotional Well-being, The Haworth Press Inc., New York, 1985.