



# Giovani e prevenzione Un'indagine sui significati soggettivi di salute e ben-essere

ALESSANDRA CAVALLO

Il presente contributo presenta un'indagine riguardante i significati soggettivi di salute e ben-essere in adolescenza. In particolar modo tale ricerca si è proposta di a) identificare i significati che i giovani attribuiscono alla salute, al ben-essere ed al ben-essere nei vari contesti b) verificare l'incidenza di alcune variabili indipendenti come il sesso, l'età, l'indirizzo di studi ed il rendimento scolastico sui significati attribuiti alla salute ed al ben-essere dai giovani. La fase di raccolta dei dati ha coinvolto un gruppo di quattrocentodue adolescenti del terzo, quarto e quinto anno di due scuole secondarie superiori della provincia di Como. L'obiettivo dell'indagine di verificare se i significati attribuiti dagli adolescenti alla salute ed al ben-essere fossero influenzati da fattori contestuali come l'indirizzo di studi e il rendimento scolastico, oppure da fattori individuali come la personalità degli adolescenti, sembra trovare una risposta nei dati. L'educazione alla salute delle giovani generazioni, deve essere concepita come un processo dinamico in grado di consentire la negoziazione continua tra i significati che i giovani elaborano all'interno dei contesti culturali e ambientali di riferimento e i significati derivanti da saperi formali più generali.

**Parole chiave:** prevenzione primaria, educazione sanitaria, benessere, programmi di prevenzione nella scuola

*This study explored the meanings of subjective well-being among 402 young people (aged 16–19). The aim of this research was to a) identify the meanings that the young people attribute to health, to well-being and well-being in various contexts b) to verify the incidence of some independent variables as gender, age, curriculum of studies and the learning output on the meanings of subjective well-being. Key components of well-being for young people were found to include personal and contextual factors. Findings suggest that intervention theories and frameworks assists in the identification of interpersonal and organizational aspects of a school environment, which satisfy individual needs to feel autonomous, competent and connected, and to improve health and well-being. Health education of the young generations at school must be conceived as a dynamic negotiation among the meanings that the young people elaborate inside the cultural and environmental contexts and the consequential meanings of formal knowledge management activities.*

**Keywords:** young people, primary prevention, health education, well-being, school-based prevention programs.

**N**el quadro dei cambiamenti che stanno ridisegnando gli assetti delle popolazioni e delle culture, viene emergendo un panorama complesso della fenomenologia sociale, che obbliga a ridiscutere i criteri di analisi e di valutazione degli eventi. Mutano infatti, i contesti particolari e generali di riferimento, per cui ogni aspetto della vita individuale e sociale assume nuovi significati in uno scenario di grandi trasformazioni<sup>1</sup>. Tra gli interrogativi che possono sorgere sulla reazione di soggetti e gruppi rispetto a questi radicali cambiamenti, assumono senso quelli

riguardati le modalità che i giovani utilizzano per tentare di muoversi in questa realtà sottoposta a rapidissimi cambiamenti. Una delle riflessioni fondamentali da fare quando si rivolge l'attenzione alla giovinezza è che la condizione giovanile non è un fenomeno dalle caratteristiche sociali universalmente riconosciute e non è dunque definibile in modo univoco<sup>2</sup>. Nel contesto multiforme, difficile e dinamico delle società ad alta industrializzazione i giovani devono affrontare oggi una continua mediazione fra le vicende individuali, vissute in situazioni contestuali, ed i paesaggi

culturali in cui collocarle per dotarle di significato<sup>3</sup>. Tali paesaggi sono di diversa estensione e, nel rapporto fra il vicino ed il lontano, presentano dimensioni non facilmente commensurabili. Questo genera una complessità culturale che si è notevolmente accresciuta negli ultimi anni, per cui esistono difficoltà nella percezione dei problemi, nella ricerca delle strade per trovare soluzioni adeguate ad individuare percorsi di significati indispensabili per collocarsi in un mondo in rapido mutamento<sup>4</sup>. Parlare di giovani che diventano adulti significa discutere del futuro della nostra società. L'età giovanile può essere considerata una condizione transitoria che segna progressivamente l'abbandono dei ruoli tipici dell'adolescenza e la contemporanea assunzione delle funzioni e delle competenze dell'età adulta. I tempi e i modi con cui questo passaggio si realizza, appaiono oggi fortemente mutati<sup>5</sup>. La transizione all'età adulta nelle società contemporanee è scandita dal superamento di soglie, ovvero di tappe di passaggio indispensabili per poter stabilire le posizioni sociali che contraddistinguono l'individuo adulto e lo differenziano da un adolescente. Al giorno d'oggi i giovani mostrano una tendenza a procrastinare le tappe che conducono ad una progressiva e completa autonomia, questo determina un effettivo allungamento dei tempi necessari per transitare verso l'età adulta<sup>6</sup>. Quindi se da un lato la nostra società deve far fronte a fenomeni di crescente complessità culturale dall'altro deve tener presente che i tempi di assunzione di quelle responsabilità che definiscono l'essere adulto, sono oggi fortemente più lunghi rispetto al passato. L'insicurezza è uno dei tratti che caratterizza il nostro tempo e le società in cui viviamo, questo sentimento nasce e si consolida come frutto di esperienze soggettive e varia in funzione degli aspetti socio anagrafici (quali età, sesso, posizione sociale delle persone), sia degli aspetti psicosociali quali il grado di familiarità che si ha con l'ambiente in cui si vive, la qualità dei rapporti nel luogo in cui si abita, in cui si studia e si lavora, nel tipo di famiglia in cui si è cresciuti<sup>7</sup>. In questo senso l'adolescenza è un problema non di per se ma per la società, ed è compito della scienze pedagogi-

che interrogarsi su cosa fare per permettere che i giovani possano assumere un ruolo decisivo in tutti quei contesti sociali, in cui si trovano a vivere quotidianamente<sup>8</sup>. Progettare interventi educativi per la salvaguardia del benessere individuale significa in primo luogo investigare i significati culturali che vengono attribuiti alla salute. Di fatto, come si sostiene ormai ampiamente in letteratura<sup>9</sup> non esiste una definizione univoca dei concetti basilari di salute e di malattia ma una pluralità di prospettive che costituiscono a loro volta diversi ambiti di ricerca; infatti la salute assume significati molteplici in relazione al campo disciplinare d'interesse e al contesto in cui questa condizione matura. Ad ogni specifico contesto culturale corrispondono significati e comportamenti differenti ad essa riferiti. La salute è una concezione di complessa interpretazione e varia in base al mutare delle caratteristiche dei soggetti e dei diversi contesti socio culturali<sup>10</sup>.

M. Ingrosso<sup>11</sup> sostiene che la questione della salute si pone nella società attuale con caratteri inediti. Infatti la salute è sempre più associata ad un fare, prima di tutto per i diversi soggetti che sono chiamati compiere scelte ed a impostare strategie proprie di salute. Essendo un processo che si fa, la salute investe i rapporti sociali ed i processi comunicativi in quanto la sua realizzabilità ed efficacia sono in relazione alla rete della socialità, alla rete formativa e alla rete di risorse a sua disposizione. Educazione alla salute è realizzazione delle potenzialità dell'intelligenza, dell'affettività, dell'integrazione sociale dei singoli alunni al fine di attivare tutta l'umanità di cui ogni soggetto è ricco. A scuola, per educare alla salute occorre promuoverla creando condizione di benessere per tutti coloro che vi operano, assicurando ambienti ed attrezzature idonee e promuovendo l'equilibrio psicologico attraverso la realizzazione di un clima socio-affettivo positivo e la strutturazione di una proposta educativa ricca di significati<sup>12</sup>. Per rendere chiari i bisogni e i significati in gioco si rendono necessarie delle indagini che spieghino dove si trovano gli allievi in termini di consapevolezza, sentimenti, stili di vita e conoscenza dei fattori che condizionano la salute

e il suo equilibrio. I bisogni da considerare sono prima di tutto quelli degli studenti, ma anche quelli dell'ambiente scolastico e della comunità più ampia nella quale la scuola si trova inserita. I giovani infatti non apprendono solo dall'insegnamento in classe, ma anche dall'ambiente scolastico, cioè dal modo in cui la scuola è organizzata, dalle relazioni tra docenti e tra docenti e alunni. Se quello che viene insegnato in classe non si rispecchia in quello che i ragazzi osservano e sperimentano nell'ambiente scolastico più ampio, l'insegnamento in classe può perdere la sua significatività nell'influenzare le decisioni che i ragazzi prendono in riferimento al loro stile di vita<sup>13</sup>. Occorre operare scelte di priorità che portino ai significati espressi dai destinatari dell'intervento, al gruppo dei docenti da coinvolgere direttamente nell'intervento ed alla conseguente tipologia del programma d'azione che si intende intraprendere. Nell'ambito dell'educazione alla salute è di centrale importanza che la fase di progettazione prenda il via a partire dalla comprensione dello specifico sistema di significati dei partecipanti<sup>14</sup>. Un progetto d'intervento dovrebbe quindi avere una base di carattere generale, formulata a partire dalle esigenze comuni rilevate nella popolazione globale degli adolescenti ma dovrebbe essere poi attuato in maniera flessibile, adattandolo alle specifiche esigenze e richieste degli utenti. Gli adolescenti per definire i significati di salute e ben-essere si basano sulle proprie esperienze di vita quotidiana, è quindi necessario che gli interventi di prevenzione prendano in considerazione situazioni che appartengano alla vita dei giovani<sup>15</sup>

## La ricerca

Negli ultimi anni la ricerca si è andata orientando verso un importante cambiamento che sposta l'attenzione dalle condizioni oggettive di salute e ben-essere al significato che questi concetti assumono per le persone in connessione con il loro contesto culturale e sociale. La considerazione degli aspetti culturali e sociali strettamente connessi alle definizioni di salute e ben-essere permette di concepire que-

ste condizioni non come semplici accadimenti esterni, ma come processi attivi di attribuzione di senso. Inoltre alcuni autori hanno parlato di "nuova era nella valutazione della salute"<sup>16</sup>, contrassegnata dalla valorizzazione del punto di vista delle persone interessate. Da circa dieci anni, infatti, la rilevanza della dimensione soggettiva è stata il punto d'avvio di una nuova tradizione di ricerca e di un nuovo modello d'intervento, è ineluttabile che la "percezione del sé", la percezione del proprio ben-essere, non può che competere al soggetto stesso<sup>17</sup>. Nella costruzione di strumenti di indagine e nella progettazione di interventi educativi bisogna di fatto comprendere che cosa le persone intendano per "star bene" e quali contesti, situazioni, significati siano strutturalmente connessi con l'esperienza del ben-essere e della salute. Il questionario utilizzato in questa indagine è stato creato da un gruppo di ricerca dell'Università di Padova formatosi nel 1997<sup>18</sup>. Questo strumento ha lo scopo di analizzare i significati attribuiti dagli adolescenti alla salute e al ben-essere in modo da rendere possibile iniziative e progetti, soprattutto in ambito scolastico, fondate sulla costante negoziazione dei significati tra gli attori in gioco. Nelle fasi di costruzione di questo strumento di indagine infatti in un primo momento (*pre-ricerca*) si sono raccolti per iscritto i significati espressi da circa 200 soggetti tra i diciassette e i diciannove anni stimolati da frasi incomplete come: "per me il significato di salute corrisponde a..."; "per me il significato di ben-essere corrisponde a". Il gruppo di ricerca ha analizzato ciascun protocollo, selezionato le risposte e discusso il significato che in esse assumevano la salute, il ben-essere e il ben-essere nei vari contesti, costruendo una mappa di item, differenziati in scale specifiche e corrispondenti ai diversi significati da attribuire ai termini indicati. Da questa prima selezione sono risultati diversi significati attribuiti alla salute, al ben-essere in generale, al ben-essere a scuola, al ben-essere in famiglia, con gli amici, in vacanza, nel tempo libero e presentato dai media. Nella seconda fase della pre-ricerca per costruire lo strumento vero e proprio si sono coinvolti nuovamente quattrocentocinquanta giovani

dai diciassette ai diciannove anni che divisi per gruppi, proporzionalmente al numero degli item selezionati in ciascuna scala, dovevano esprimere un grado di apprezzamento alle affermazioni contenute negli items secondo una scala Lickert a cinque livelli (dal pieno accordo al massimo disaccordo). I dati così raccolti sono stati sottoposti ad analisi statistiche, questo passaggio ha permesso di selezionare per ciascuna scala gli item che avrebbero definitivamente composto il protocollo finale. Ho voluto riportare i passaggi chiave della costruzione di questo strumento per sottolineare il fatto che il questionario utilizzato, non è stato costruito a “tavolino” dai ricercatori ma è il frutto di un attenta analisi e discussione di quelli che sono i reali significati di salute e ben-essere per i giovani di oggi. La prima sezione del questionario comprende una serie di domande volte a cogliere informazioni riguardanti le caratteristiche familiari (titolo di studi e lavoro svolto dai genitori) e caratteristiche sociodemografiche degli adolescenti (sesso, età, indirizzo di studi e rendimento scolastico). La seconda sezione comprende otto scale (per un totale di duecentoventidue item) volte a misurare i significati attribuiti dagli adolescenti alla salute, al ben-essere in generale ed al ben-essere nei vari contesti: a scuola, con gli amici, in famiglia, durante il tempo libero, in vacanza, e infine il ben-essere presentato dai mass-media. Ad ogni item i soggetti hanno risposto utilizzando una scala Lickert a 5 punti (da 1 = per niente adeguato a 5 = pienamente adeguato).

### Definizione degli obiettivi e delle ipotesi di ricerca

Dalla letteratura consultata emerge che le dimensioni di salute e ben-essere assumono significati differenti e tali significati influenzano e determinano i comportamenti dei soggetti e dei gruppi. Sono principalmente due gli approcci teorici che hanno cercato di comprendere in che modo le diverse concezioni di salute e di ben-essere determinino i comportamenti degli individui<sup>19</sup>. Nell'approccio delle teorie top-down è la personalità del soggetto che lo porta a reagire in modo positivo o negativo alle

situazioni esterne. Invece nelle teorie bottom-up, sono gli eventi esterni a determinare i significati che riguardano la salute ed il ben-essere. Oggi si propende invece per un modello integrato dei due approcci teorici<sup>20</sup>, si vuole analizzare e comprendere come le differenze individuali ovvero la personalità degli individui e gli eventi esterni incidano sui significati di salute e ben-essere<sup>21</sup>. L'indagine si propone quindi di a) identificare i significati che i giovani attribuiscono alla salute, al ben-essere ed al ben-essere nei vari contesti b) verificare l'incidenza di alcune variabili indipendenti come il sesso, l'età, l'indirizzo di studi e il rendimento scolastico sui significati attribuiti alla salute ed al ben-essere. Le analisi statistiche permetteranno quindi di verificare se:

- a) Vi siano differenze significative tra i partecipanti dovute all'identità di genere e all'età. Si ipotizza quindi che i gruppi di studenti maschi e di studentesse femmine, e i gruppi di sedici, diciassette e diciotto anni si differenzino in relazione ai significati da essi espressi in merito alla salute ed al ben-essere. In questo modo si confermerebbe la validità dell'approccio top-down: sarebbero quindi le interpretazioni soggettive degli eventi ad influenzare le concezioni soggettive di salute e di ben-essere.
- b) Vi siano differenze significative tra i partecipanti dovute all'indirizzo di studi e al rendimento. Si ipotizza quindi che sia l'incidenza del contesto scolastico ad influenzare le concezioni di salute e ben-essere, in questo modo si confermerebbe l'approccio delle teorie bottom-up in cui si afferma che siano i contesti di vita in cui sono inserite le persone ad influenzare la costruzione dei significati di salute e ben-essere.

### Caratteristiche del gruppo di partecipanti coinvolti

La fase di raccolta dei dati ha coinvolto un gruppo di quattrocentodue adolescenti del terzo, quarto e quinto anno di due scuole secondarie superiori della provincia di Como: il Liceo Scientifico “G. Galilei” e L'Istituto Tecnico “G. D. Romagnosi”. Si è deciso di coin-

volgere gli studenti di queste due scuole perché si è ritenuto che la diversità della proposta formativa veicolata da questi due contesti scolastici (liceo e istituto tecnico), possa in qualche modo influenzare o riflettersi nei diversi sistemi di significato attribuiti allo stato di salute e di ben-essere. Inoltre per verificare se, come vogliono le teorie *top-down*, è la nostra

percezione soggettiva degli eventi piuttosto che le circostanze oggettive della vita ad influenzare le concezioni di salute e di ben-essere, sono stati effettuati confronti riguardanti il genere dei soggetti coinvolti e le loro età. Le frequenze e le percentuali relative alle caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti sono riassunte nella tabella 1.

Caratteristiche		Frequenze	Percentuali N = 402
Età	16	134	33.3
	17	134	33.3
	18	134	33.3
Sesso	maschi	157	39.1
	femmine	245	60.9
Titolo di studi del padre	scuola dell'obbligo	156	38.8
	scuole medie superiori	172	42.2
	laurea	60	14.9
	padre deceduto o assente	14	3.5
Titoloni studi della madre	scuola dell'obbligo	129	32.1
	scuole medie superiori	220	54.7
	laurea	43	10.7
	madre deceduta o assente	10	2.5
Tipologia di lavoro padre	bassa (operaio / artigiano)	120	29.9
	media (impiegato/insegnante)	111	27.6
	alta (professionista/dirigente)	163	40.5
	deceduto o assente	8	2.0
Tipologia di lavoro madre	bassa (operaia /artigiana)	192	47.8
	media (operaia /artigiana)	151	37.6
	alta (professionista/dirigente)	56	13.9
	deceduta o assente	3	0.7
Rendimento	insufficiente	35	8.7
	sufficiente	206	51.2
	discreto/ottimo	161	40.0
Indirizzo di studi	Liceo	201	50.0
	Istituto tecnico	201	50.0

Tabella 1 - Variabili indipendenti

## Analisi dei dati

I dati ottenuti dalla somministrazione del protocollo sono stati sottoposti ad analisi statistiche utilizzando il programma statistico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Inizialmente sono state calcolate le percentuali riferite alle caratteristiche della popolazione (variabili indipendenti tab.1). Successivamente si è proceduto utilizzando l'analisi fattoriale (componenti principali, con rotazione Varimax, su campione totale). Si è poi proseguito con l'interpretazione dei fattori emersi dall'analisi (considerando una varianza  $>.40$ ), il grado di omogeneità degli items, ovvero la consistenza interna, è stato calcolato con l'Alpha di Cronbach, per ciascuna delle otto scale che compongono lo strumento. In fine, l'applicazione del t di Student e l'analisi della varianza (ANOVA univariata) sono stati utilizzati per valutare la significatività tra variabili indipendenti (es. sesso e indirizzo di studi) e i fattori individuati con l'analisi fattoriale. Le analisi statistiche hanno permesso di evidenziare delle differenze nel modo di concepire le dimensioni indagate sia per quanto riguarda l'indirizzo di studi, che per quanto riguarda il genere, l'età e il rendimento scolastico degli adolescenti coinvolti in questa indagine.

## Analisi fattoriale e alpha di Cronbach

Dall'analisi fattoriale condotta sul campione totale di quattrocentodue adolescenti, sono emersi costrutti significativi per ognuna delle otto scale indagate. Per quanto riguarda il significato di salute i fattori individuati sono i seguenti: a) autostima necessaria per affrontare i problemi, b) lo stare bene del corpo, c) avere forza ed energia per muoversi in rapporto adeguato con l'ambiente circostante, d) equilibrio fisico e mentale. La misura di attendibilità relativa a tale scala è  $\text{Alpha} = ,9163$ . Per quanto riguarda i significati attribuiti al ben-essere in generale sono emersi i seguenti fattori: a) consapevolezza relazionale, b) assenza di problemi, c) stato d'animo inte-

riore legato alla soddisfazione per la propria vita. La misura di attendibilità relativa alla scala del ben-essere è  $\text{Alpha} = ,9294$ . Considerando invece i significati attribuiti al ben-essere, così come viene vissuto dagli adolescenti nei vari contesti di vita si possono indicare le seguenti dimensioni:

- Ben-essere a scuola: a) condivisione, sostegno e rispetto reciproco, b) piacere di apprendere e di poter esprimere le proprie capacità, c) assenza di conflitti e di tensioni ( $\text{Alpha} = ,9048$ ).
- Ben-essere nel tempo libero: a) essere liberi di vivere tranquillamente il tempo a disposizione, b) divertirsi con gli amici c) dedicarsi all'arricchimento culturale ( $\text{Alpha} = ,7616$ ).
- Ben-essere in famiglia: a) collaborazione e piacere di stare insieme, b) non avere limiti economici nel poter fare ciò che si vuole, c) sentirsi liberi, sereni e compresi ( $\text{Alpha} = ,8886$ ).
- Ben-essere con gli amici: a) comprensione stima e rispetto reciproco, b) avere interessi che creino un accordo comune, c) assenza di conflitti competitività e invidia ( $\text{Alpha} = ,9146$ ).
- Ben-essere in vacanza: a) sentirsi liberi di poter fare ciò che si vuole, b) vivere esperienze soddisfacenti, c) riposarsi e vivere il dolce far niente ( $\text{Alpha} = ,8419$ ).
- Ben-essere presentato dai mass-media: a) ben-essere materiale, b) dialogo e rispetto per le diversità umane, c) monopolizzare e strumentalizzare gli altri per ottenere il successo sociale ( $\text{Alpha} = ,9048$ ).

Ma in che modo vengono concettualizzate dagli adolescenti le dimensioni prese in considerazione da questa indagine? Per quello che riguarda la salute l'analisi fattoriale ha fatto emergere un ampio significato che va dall'assenza di malattia fisica alla capacità di superare i problemi. Anche rispetto al ben-essere, tra gli studenti coinvolti, emerge una concezione complessa di queste dimensioni che richiama allo stesso tempo elementi personali e relazionali. Il ben-essere riguarda una condizione positiva di motivazione ed interesse in cui si riescono a superare i problemi. Esso possiede una componente soggettiva "stato d'ani-

mo interiore”, ed una componente che riguarda la relazione “*consapevolezza relazionale*”. Per quello che riguarda il ben-essere nei vari contesti di vita molta importanza viene data alla libertà e alla difesa dei propri spazi vitali. Il ben-essere nei contesti presi in considerazione viene identificato con la possibilità di vivere tranquillamente, in assenza di stress. Emerge inoltre l'importanza di potersi impegnare in attività che piacciono magari in compagnia degli amici, stare bene con gli altri infatti vuol dire anche avere interessi comuni, divertirsi ma anche discutere punti di vista diversi senza perdere la stima degli altri ma anzi superando i problemi proprio grazie all'appoggio delle persone significative. I giovani che hanno partecipato a quest'indagine esprimono il bisogno di far sentire la loro presenza e le loro opinioni. Soprattutto il ben-essere a scuola sembra essere determinato dal sentirsi rispettati e stimati, molta importanza assume il piacere di apprendere ed allo stesso tempo anche l'interazione positiva fra i compagni. Ma quali differenze si riscontrano nei costrutti relativi alla salute ed al ben-essere prendendo in considerazione il genere, l'età, l'indirizzo di studi e il rendimento scolastico.

### Influenza dell'identità di genere e dell'età sui fattori individuati

La prima ipotesi da verificare riguarda l'identità di genere e dell'età sui possibili significati che i giovani attribuiscono alla salute ed al ben-essere. Si presuppone a tal fine che siano le diversità individuali, la nostra percezione soggettiva degli eventi, piuttosto che le caratteristiche contestuali, ovvero le circostanze oggettive di vita, ad influenzare i significati attribuiti alla salute ed al ben-essere. Secondo le teorie top-down le persone possiedono una predisposizione individuale ad interpretare le esperienze di vita: la psiche è in questo caso un interprete attivo che organizza l'esperienza sensoriale filtrando ed elaborando le informazioni che riceve dal mondo esterno. Per questo motivo maschi e femmine sono stati confrontati, in riferimento ai costrutti individuati, utilizzando il t di Student per campioni indi-

pendenti, mentre i confronti fra i diversi gruppi d'età (sedici, diciassette e diciotto anni) sono stati condotti utilizzando l'analisi della varianza (ANOVA univariata). In base ai dati della ricerca esiste una differenza statisticamente significativa, tra maschi e femmine, nella descrizione delle dimensioni indagate. In particolare tale differenza si riscontra nei seguenti costrutti: per quello che riguarda i significati attribuiti alla salute, i maschi esprimono un grado d'accordo maggiore rispetto alle femmine nella dimensione *autostima necessaria per affrontare i problemi*,  $t(400) = 0,309$   $p < 0,05$ . Anche rispetto al costrutto di salute vista come *lo stare bene del corpo* i ragazzi esprimerebbero un grado d'accordo maggiore rispetto alle ragazze,  $t(400) = 2,258$   $p < 0,05$ . Rispetto ai significati attribuiti al ben-essere in generale è nella dimensione del ben-essere concepito come *l'assenza di problemi* che i ragazzi esprimono un accordo maggiore rispetto alle ragazze,  $t(400) = 5,418$   $p < 0,05$ . Per quanto riguarda la dimensione del ben-essere come uno *stato interiore di soddisfazione per la propria vita* sono le ragazze ad esprimere un accordo maggiore,  $t(400) = 3,523$   $p < 0,05$ . Considerando le scale riferite al ben-essere percepito nei vari contesti di vita le ragazze esprimono un grado di apprezzamento maggiore per il ben-essere a scuola concepito come il *piacere di apprendere e di esprimere le proprie capacità*  $t(257,293) = -2,523$   $p < 0,05$ . Anche per quanto riguarda il costrutto del ben-essere a scuola concepito come *condivisione rispetto e sostegno reciproco* le studentesse sembrano esprimere un grado d'accordo maggiore rispetto ai ragazzi,  $t(281,967) = -4,115$   $p < 0,05$ . Rispetto al benessere vissuto in famiglia le ragazze attribuiscono una maggior importanza alla *collaborazione e piacere di stare insieme*,  $t(400) = -3,663$   $p < 0,05$ . Per quanto riguarda il ben-essere in famiglia concepito come il *sentirsi liberi sereni e compresi* maschi e femmine esprimono differenze statisticamente significative,  $t(400) = -2,701$   $p < 0,05$ . Anche in riferimento al ben-essere vissuto con gli amici, ragazzi e ragazze mostrano differenze statisticamente significative rispetto al ben-essere inteso come *comprensione stima e rispetto reciproco*,

$t(269,967) = -5,975$   $p < 0,05$ . Considerando poi il ben-essere con gli amici vissuto come *assenza di conflitti, competitività e invidia* maschi e femmine mostrano differenze statisticamente significative,  $t(400) = -2,908$   $p < 0,05$ . Anche in riferimento al ben-essere in vacanza i maschi sembrano definirlo come il *sentirsi liberi di poter fare ciò che si vuole*,  $t(400) = 4,180$   $p < 0,05$ . Per concludere le analisi statistiche riferite alle differenze di genere bisogna indicare che per quello che riguarda il ben-essere presentato dai mass-media maschi e femmine presentano delle differenze statisticamente significative rispetto al costrutto di ben-essere inteso come *ricchezza materiale*,  $t(400) = 4,180$   $p < 0,05$ . Il metodo statistico utilizzato per confrontare le fasce d'età dei giovani che hanno partecipato alla ricerca con i costrutti individuati attraverso l'analisi fattoriale è l'analisi della varianza (ANOVA univariata). L'analisi della varianza ha permesso di evidenziare delle differenze statisticamente significative nei tre gruppi d'età (sedici, diciassette e diciotto anni) in relazione ai costrutti indagati. Per quello che riguarda la scala salute i gruppi d'età manifestano differenze statisticamente significative rispetto al costrutto *autostima necessaria ad affrontare i problemi*,  $F(2,399) = 3,209$   $p < 0,05$ , in riferimento alla salute concepita come *lo stare bene del corpo*  $F(2,399) = 3,321$   $p < 0,05$  e alla salute concepita come *equilibrio fisico e mentale*  $F(2,399) = 3,220$   $p < 0,05$ . In riferimento al ben-essere relativo ai vari contesti di vita possiamo notare che rispetto al ben-essere nel tempo libero concepito come il *divertimento con gli amici* i tre gruppi d'età mostrano differenze statisticamente significative  $F(2,399) = 5,266$   $p < 0,05$ . Per quello che riguarda il ben-essere in famiglia è rispetto al costrutto *non avere limiti economici* che i tre gruppi d'età mostrano differenze statisticamente significative  $F(2,399) = 6,704$   $p < 0,05$ . Invece per quanto riguarda il ben-essere in vacanza concepito come il *sentirsi liberi di poter fare ciò che si vuole* i tre gruppi d'età mostrano differenze statisticamente significative  $F(2,399) = 3,665$   $p < 0,05$ . Anche rispetto al ben-essere in vacanza concepito come *riposarsi e vivere il dolce far niente* i tre gruppi d'età mostrano differen-

ze statisticamente significative  $F(2,399) = 3,618$   $p < 0,05$ . Infine rispetto al ben-essere presentato dai mass-media i tre gruppi d'età mostrano differenze statisticamente significative rispetto al costrutto che definisce l'informazione di massa come *pericolo di strumentalizzazione e monopolizzazione di risorse sociali*  $F(2,399) = 3,141$   $p < 0,05$ . I risultati statistici che ho appena illustrato hanno permesso di verificare l'influenza dell'identità di genere e dell'età sui significati che i giovani attribuiscono alla salute ed al ben-essere. Possiamo confermare a questo punto l'approccio delle teorie top-down secondo le quali è la nostra percezione soggettiva degli eventi ad influenzare la concezione di salute e di ben-essere.

### Influenza dell'indirizzo di studi e del rendimento scolastico sui fattori individuati

Come precedentemente affermato un'ipotesi che si vuole verificare riguarda l'influenza dei contesti scolastici sui significati che gli adolescenti attribuiscono alle dimensioni oggetto d'indagine. Si vuole cioè analizzare l'approccio delle teorie bottom-up, secondo il quale sono i contesti di vita ad influenzare la costruzione del sistema di significati del soggetto. Per questo motivo sono state condotte delle analisi statistiche che hanno considerato come possibili variabili che possano incidere l'indirizzo di studi (liceo/istituto tecnico) e il rendimento scolastico. Per quanto riguarda la variabile indipendente "indirizzo di studi" le analisi sono state condotte utilizzando la procedura statistica t di Student. Le analisi effettuate hanno permesso di evidenziare che esistono delle differenze statisticamente significative fra i ragazzi del liceo e gli adolescenti dell'istituto tecnico. In particolare tali differenze si riferiscono al concetto di salute come *equilibrio fisico e mentale*  $t(400) = 3,024$   $p < 0,05$ . Per quello che riguarda il ben-essere presentato dai mass media i ragazzi del liceo esprimono un maggior grado d'accordo con il costrutto *fonte di dialogo e rispetto delle diversità umane*  $t(400) = 2,513$   $p < 0,05$ . Gli studenti dell'Istituto tecnico mostrano un grado di accordo maggiore con il costrutto che vede nei



mass-media un *pericolo di strumentalizzazione dell'informazione*  $t(392,098) = -0,936$   $p < 0,05$ . Si può osservare immediatamente che i giovani che hanno partecipato a questa indagine non presentano numerose differenze ascrivibili all'indirizzo di studi, resta mio interesse valutare a questo punto, se sia la percezione che i ragazzi hanno del proprio rendimento scolastico ad influenzare la negoziazione di significati che riguardano la salute ed il ben-essere. Per questo il rendimento riportato dai ragazzi (insufficiente, sufficiente, buono) è stato confrontato in riferimento ai costrutti individuati utilizzando l'ANOVA univariata. Si è riscontrato che gli alunni che hanno un buon rendimento scolastico sembrano più propensi a definire la salute come *equilibrio fisico e mentale*,  $F(2,399) = 10,268$   $p < 0,05$ . Per quello che riguarda il ben-essere inteso come *assenza di problemi* sono gli studenti con un rendimento più basso ad esprimere un grado d'accordo maggiore con il costrutto indagato  $F(2,399) = 5,246$   $p < 0,05$ . Gli studenti con un buon rendimento di studi preferiscono definire il benessere come uno *stato d'animo interiore* rispetto agli studenti con un rendimento inferiore alla sufficienza,  $F(2,399) = 8,087$   $p < 0,05$ . Rispetto al ben-essere in famiglia inteso come il *non avere limiti nel poter fare ciò che si vuole* sono gli studenti con un rendimento insufficiente ad esprimere un grado d'accordo maggiore rispetto agli alunni con un rendimento più alto  $F(2,399) = 4,922$   $p < 0,05$ . Per quanto riguarda il ben-essere con gli amici esso viene descritto come *comprensione, stima e rispetto reciproco* soprattutto dagli studenti con un buon rendimento rispetto agli alunni con un rendimento più basso  $F(2,399) = 3,472$   $p < 0,05$ . Il ben-essere in vacanza è definito come il *sentirsi liberi di poter fare ciò che si vuole* soprattutto dagli alunni con un rendimento insufficiente rispetto agli alunni con un buon rendimento,  $F(2,399) = 0,010$   $p < 0,05$ . Infine il ben-essere in vacanza viene concepito come *riposo e possibilità di vivere il dolce far niente* soprattutto dagli allievi con un rendimento insufficiente,  $F(2,399) = 5,575$   $p < 0,05$ . Alla luce di quanto emerso, sembra possibile affermare che esista un effetto del rendimento nello studio nell'influencare le risposte dei giovani al questionario, questo

equivale a dire che il rendimento nello studio ha un effetto nella costruzione dei significati che vengono attribuiti dai ragazzi alle dimensioni indagate. I confronti effettuati evidenziano che sono gli alunni che presentano un rendimento basso a discostarsi dalle medie degli altri due gruppi che invece sembrano essere molto simili fra loro. I risultati appena illustrati permettono di confermare l'approccio delle teorie bottom-up secondo le quali sono le circostanze oggettive di vita, che in questa indagine si riferiscono all'indirizzo di studi ed al rendimento scolastico, ad influenzare la costruzione dell'insieme di significati del soggetto. Alla luce di quanto detto fin ora si possono di fatto confermare gli approcci teorici delineati all'inizio di questo lavoro. Se da un lato infatti la costruzione di significati che un giovane attribuisce alla salute ed al ben-essere è influenzata dalle differenze individuali ed intrinseche di ciascuna persona, dall'altro lato è altrettanto palese il ruolo giocato delle variabili contestuali ed ambientali. Si deve quindi concludere che i concetti di salute e di ben-essere sono concetti complessi e multidimensionali che vengono influenzati ad un tempo sia da costrutti di ordine interiore che da condizioni oggettive di vita.

## Discussione dei risultati

La prima ipotesi da verificare riguardava l'influenza dell'identità di genere sui possibili significati che i giovani attribuiscono alla salute ed al ben-essere. Per questo motivo sono stati condotti confronti che riguardano l'identità di genere e l'età dei partecipanti. Le differenze riscontrate per quanto riguarda l'identità di genere sono numerose. I dati confermano i risultati ottenuti dall'ultima indagine effettuata con questo strumento<sup>22</sup>. Infatti le ragazze sembrano considerare la salute ed il ben-essere come dimensioni complesse che si sviluppano lungo diversi aspetti della condizione umana, quali quello fisico, mentale, interiore e sociale. Le femmine tenderebbero a vivere il benessere come uno stato di soddisfazione interiore, ma allo stesso tempo sembrano caratterizzare il ben-essere a scuola attraverso

quelle dimensioni che si sostanziano nella relazione con l'altro. Il ben-essere a scuola secondo i dati di questa ricerca, verrebbe identificato poi con la condivisione ed il sostegno, il ben-essere in famiglia con la collaborazione ed il piacere di stare insieme ed il ben-essere con gli amici con la comprensione e la stima reciproca. Rispetto alle femmine i maschi esprimono un maggior grado di accordo nel considerare la salute e il ben-essere da un punto di vista più concreto, la salute viene da loro definita come lo stare bene del corpo, ed il ben-essere come assenza di problemi. Anche per quanto riguarda il ben-essere nei contesti di vita, i ragazzi ottengono punteggi più alti in quei costrutti che spiegano il ben-essere attraverso la concretezza delle azioni e la necessità di sentirsi liberi in tutti i contesti presi in considerazione. Per quanto riguarda le differenze legate all'età possiamo concludere che mentre i ragazzi di diciotto anni tendono ad esprimere un concetto complesso di salute e di ben-essere che coinvolge la sfera fisica e psichica, i giovani di sedici e diciassette anni pongono l'accento sugli aspetti più concreti dei significati attribuibili a queste due dimensioni. La salute viene definita come lo stare bene del corpo mentre il ben-essere sembra essere descritto come la totale assenza di problemi. Per quello che riguarda il ben-essere vissuto nei vari contesti di vita, i sedicenni rispetto ai diciottenni tendono a porre enfasi sulla necessità di sentirsi liberi, non avere regole imposte e poter disporre del tempo a disposizione anche per riposare e vivere il dolce far niente. Le diversità riscontrate sembrano confermare l'ipotesi che siano le differenze individuali, ad influenzare il sistema di significati riguardanti la salute e il ben-essere dei giovani. La seconda ipotesi che si voleva verificare riguarda i contesti socioculturali. I contesti socio-culturali in cui gli adolescenti vivono sono in grado di influenzare i significati che essi attribuiscono alle dimensioni oggetto dell'indagine? Per quanto riguarda l'influenza dell'indirizzo di studi, gli studenti del liceo rispetto a quelli dell'istituto tecnico esprimono un maggiore accordo per la definizione di ben-essere come stato d'animo interiore. Dal resto dai dati si

potrebbe concludere che gli studenti di entrambi gli indirizzi non presentino moltissime differenze nella costruzione di significati relativi alla salute ed al ben-essere nei vari contesti di vita. Tuttavia è interessante osservare che mentre gli studenti dell'istituto tecnico pongono l'accento sui rischi di monopolizzazione delle risorse comunicative, i giovani liceali tendono a definire i mass-media come una risorsa sociale sottolineandone la forte valenza comunicativa. Per quanto riguarda le differenze legate al rendimento scolastico dai dati si può osservare, che gli allievi che dichiarano un buon rendimento mostrano anche un accordo maggiore con i significati di salute e di ben-essere che implicano costrutti fisici, psichici e relazionali. Questi alunni infatti definiscono la salute come equilibrio fisico e mentale mentre vivono il ben-essere come uno stato di soddisfazione interiore. Per quello che riguarda il ben-essere nei vari contesti gli alunni con un buon rendimento tendono a porre l'accento sulle dimensioni di soddisfazione e competenza relazionale, per questo definiscono il ben-essere con gli amici come comprensione, stima e rispetto reciproco. Gli alunni che dichiarano un rendimento scolastico inferiore esprimono un maggiore grado di accordo con i significati più concreti che coinvolgono i concetti legati al ben-essere e della salute. Per questo definiscono il ben-essere in generale come assenza di problemi. Per quello che riguarda i significati attribuiti al ben-essere così come viene vissuto nei vari contesti di vita essi pongono l'accento sulla necessità di poter godere di autonomia di scelta e di libertà di poter spendere il proprio tempo in maniera emancipata. Bisogna segnalare che i costrutti individuati per spiegare i significati che i giovani attribuiscono alla salute ed al ben-essere oltre a confermare i risultati delle ricerche condotte utilizzando il presente protocollo<sup>23</sup> risultano essere coerenti con altri studi condotti in merito alla stessa tematica. Un esempio è costituito dall'indagine condotta da M. Ardone<sup>24</sup> la quale afferma che la capacità di stabilire buoni rapporti con gli altri, l'apertura sociale, l'importanza delle buone relazioni in famiglia e nella rete sociale più estesa costituiscano di-

mensioni centrali nella rappresentazione del ben-essere e mal-essere in adolescenza. Un'indagine condotta da P. Lemma<sup>25</sup> suggerisce che la dimensione di autostima, così come indicato dai ragazzi che hanno partecipato a questo studio, sia un fattore di predisposizione verso l'acquisizione di corretti o scorretti comportamenti inerenti alla salute ed al ben-essere. Un altro studio<sup>26</sup> sottolinea che le percezioni che gli adolescenti hanno in merito alla salute sono costituite allo stesso tempo dallo stato di salute e da fattori personali (sesso, età), ambientali (reddito, l'importanza del supporto sociale e del coinvolgimento), comportamentali (fumo, attività fisica), gli autori concludono che la valutazione personale riferita alla salute è un processo attivo, che non riguarda solo la dimensione fisica, ma coinvolge i pensieri e le emozioni. Anche l'indagine condotta da A. Furnham e H. Cheng<sup>27</sup> concorda con i risultati di questa indagine. Gli autori hanno indagato i fattori che generano felicità nei giovani dai quindici ai trenta anni individuando sei fattori in grado di definire la felicità (equilibrio mentale e tratti di personalità, successo e libertà nella vita e nel lavoro, supporto sociale ed autostima, sicurezza, ottimismo e tranquillità). Questo studio concorda pienamente con i dati ottenuti dalla ricerca presentata in questa sede suggerendo che la rete sociale rappresenta una delle principali fonti di ben-essere.

## Conclusioni

L'obiettivo dell'indagine di verificare se i significati attribuiti dagli adolescenti alla salute ed al ben-essere fossero influenzati da fattori contestuali come l'indirizzo di studi e il rendimento scolastico, oppure da fattori individuali come la personalità degli adolescenti, trova una risposta nei dati. Le analisi condotte sembrano infatti sostenere le teorie top-down e bottom-up nella misura in cui le risposte dei ragazzi differiscono in base alle predisposizioni individuali (identità di genere ed età) e in base ai contesti socio culturali (indirizzo di studi e rendimento scolastico). Per questo motivo i dati della ricerca portano a propendere

per la necessità di integrare i due approcci teorici<sup>28</sup>. Analizzando questi dati, si può concludere che gli interventi preventivi devono indirizzarsi a valorizzare la comunicazione fra adulto e giovane, ma questa direzione dovrà puntare soprattutto verso una reciproca produzione di senso<sup>29</sup>. La ricerca di senso, che i giovani manifestano nel loro ambiente di vita e nelle relazioni sociali quotidiane, rappresenta uno degli elementi fondamentali da cui partire per ridefinire e riorganizzare il rapporto giovani-adulti. In questa società complessa non mancano certo le occasioni, le possibilità e gli strumenti per garantire tutta una serie di sistemi di informazione che mettano in collegamento il mondo giovanile con quello degli adulti<sup>30</sup>, quello che sembra sempre più evidente è che tale relazione non deve produrre solo uno scambio di informazioni e di esperienze ma deve produrre anche rielaborazioni della realtà, una nuova interpretazione dell'ambiente di vita e della rete sociale di riferimento. L'educazione alla salute delle giovani generazioni, deve essere concepita come un processo dinamico in grado di consentire la negoziazione continua tra i significati che i giovani elaborano all'interno dei contesti culturali e ambientali di riferimento e i significati derivanti da saperi formali più generali. I dati raccolti, evidenziano molte differenze all'interno della popolazione giovanile anche se alcuni temi come la collaborazione, la comprensione e la stima reciproca vengono indicati in maniera costante come promotori della salute individuale e di gruppo. L'azione educativa che la scuola svolge riguardo alla salute non deve essere rivolta unicamente al controllo delle malattie o delle dipendenze, ma lo scopo di tali pratiche deve rappresentare la scoperta di nuove concezioni di salute e benessere nei giovani<sup>31</sup>. La promozione della salute deve essere orientata alla costruzione di capacità, di relazioni favorevoli allo sviluppo di potenzialità personali e gruppalì, all'individuazione di modalità riequilibranti, all'adattamento attivo verso i vincoli e le limitazioni che fanno parte della vita quotidiana. La promozione della salute, è collegata alla continua capacità di adattamento da parte dell'uomo, ed è caratterizzata da una prospet-

tiva temporale orientata verso il futuro e l'evoluzione di nuovi e diversi equilibri. Allo stesso tempo lo stile di vita sano non riguarda solo scelte individuali ma è il risultato della relazione fra diversi attori sociali portatori di punti di vista differenti. Perseguire il benessere nella relazione educativa significa innanzitutto preoccuparsi che gli studenti vivano bene l'esperienza formativa nel suo complesso, aiutandoli a costruire la propria personalità, a scoprire le caratteristiche che rendono ciascun soggetto unico, a potenziare interessi e attitudini, a ricostruire in modo autentico il per-

sonale percorso di crescita e di sviluppo esistenziale. Il Ben-essere rappresenta il gradiente che consente di definire e costruire i saperi a partire dai processi di apprendimento degli studenti perché soltanto in una condizione di benessere, di autonomia cognitiva e di democratica partecipazione ai processi di apprendimento è possibile interpretare ed interiorizzare le discipline in modo che siano in grado di strutturarsi a tutti gli effetti nel patrimonio identitario di ogni individuo<sup>32</sup>.

## Note

- 1 R. Semeraro, *Consulenza psicologica agli insegnanti. Progettare e valutare interventi formativi per lo sviluppo della salute e della prevenzione nella scuola*, UPSEL, Padova, 2009; R. Semeraro, *La progettazione didattica teorie metodi e contesti*, UPSEL, Padova, 2009.
- 2 M. Merico, *Giovani e società*, Carocci, Roma, 2004; G. Pietropolli Charmet, *I nuovi adolescenti padri e madri di fronte ad una sfida*, Cortina, Milano, 2000; S. Veggetti Finzi, *L'età incerta i nuovi adolescenti*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- 3 C. Renzi, *Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- 4 R. Semeraro, *Consulenza psicologica agli insegnanti. Progettare e valutare interventi formativi per lo sviluppo della salute e della prevenzione nella scuola*, cit.; R. Semeraro, *La progettazione didattica teorie metodi e contesti*, cit.; G. Pether, *Psicologia e scuola dell'adolescente*, il Mulino, Bologna, 1999.
- 5 C. Buzzi, A. Cavalli, A. De Lillo, *Giovani del nuovo secolo*, il Mulino, Bologna, 2003.
- 6 M. Merico, *Giovani come: per una sociologia della condizione giovanile in Italia*, Liguori, Napoli, 2002.
- 7 E. Ghedin, *Quando si sta bene educazione alla salute e adolescenza*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- 8 F. Battisti, *Giovani ed utopia, indagini sui progetti di vita*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- 9 R. Riccio, *La prevenzione in ambito educativo. Nuovi itinerari di formazione*, Armando, Roma, 2009.
- 10 U. Mariani, *Educazione alla salute nella scuola: costruzione del benessere e prevenzione del disagio*, Erickson, Trento, 2001; G. Malizia, V. Pieroni, *L'educazione alla salute nella scuola dell'autonomia: una indagine a Roma e provincia*, Franco Angeli, Milano, 1999; M. Nieri, *Qualità della vita e della salute: strategia di analisi e strumenti per la misurazione*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- 11 M. Ingrosso, *Senza benessere sociale: nuovi rischi e attesa di qualità della vita nell'era planetaria*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- 12 C.H. Brouse, C. E. Basch, M. Kubara, "Contrasts between didactic and deweyan approaches to health education", in *Health Education*, CV, 6, 2005, pp. 467-476.
- 13 J.C. Berryhill, R.J. Prinz, "Environmental interventions to enhance student adjustment: implications for prevention", in *Prevention Science*, IV, 2, 2003, pp. 65-87.
- 14 A. Delle Fratte, P. Steca, C. Capanna, "Benessere e qualità della vita in adolescenza, un contributo empirico" in *Bollettino di psicologia applicata*, CCXXXIX, 1, 2003, pp. 35-47.
- 15 D. Secondulfo, *Trasformazioni sociali e nuove culture del benessere*, Carocci, Roma, 2000.
- 16 D. Labbrozzi, *Misure di salute e di vita. Metodi, e strumenti di valutazione della salute e della qualità della vita*, Il pensiero scientifico, Roma, 1995; Elliott, *op. cit.*, 2007.
- 17 H. Friedman, "Long-term relations of personality and health: dynamism, mechanism, topism", in *Journal of personality*, LXVIII, 6, 2000, pp. 1089-1107.
- 18 S. Marhaba (a cura di), *Salute, ben-essere, soggettività. Nuovi orizzonti di significato*, McGraw-Hill, Milano 1999.
- 19 F.A. Huppert, N. Baylis, B. Keverne, *The science of well-being*, Oxford University Press, Oxford, 2005.
- 20 J. Holloway, "Promuovere la salute in modo integrato", in *Bollettino di psicologia applicata*, 240, 2003, pp. 47-48.
- 21 G. Tibaldi, *I significati soggettivi della salute e del ben-essere*, Unipress, Padova, 1998.
- 22 E. Ghedin, *op. cit.*
- 23 *Ibidem*.

- 24 R. Ardone, "Abilità psicosociali e rappresentazione del benessere-malessere in adolescenza", in *Età evolutiva*, 65, 1998, pp. 100-108.
- 25 P. Lemma, A. Borraccino, F. Zambon, F. Cavallo, "Interventi di educazione alla salute centrati sull'autostima: riflessioni intorno ad un'esperienza di valutazione", in *Educazione sanitaria e promozione della salute*, XXVI, 2, 2003, pp. 130-141.
- 26 C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, S.N. Barnekow Rasmussen Elliott, *Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children*, WHO Publication, Copenhagen, 2007.
- 27 A. Furnham, H. Cheng, "Lay theories of happiness", in *Journal of Happiness Studies*, I, 2, 2000, pp. 227-246.
- 28 M. Cargo, J. Salsberg, T. Delormier, S. Desrosiers, "Understanding the social context of school health promotion program implementation", in *Health Education, CVI*, 2, 2006, pp. 85-97; J. Holloway, *op. cit.*; G.J. Feist, T.E. Bonder, J.F. Jacobs, M. Miles, V. Tan, "Integrating top-down and bottom-up structural models for subjective well-being: a longitudinal investigation", in *Journal of Personality and Social Psychology*, LXVIII, I, 1995, pp. 138-150.
- 29 M. Nieri, *op. cit.*
- 30 D. Ackard, D. Neumark-Sztainer, "Health care information source for adolescents: age, and gender difference on use, concerns, and needs", in *Journal of Adolescent Health*, XXIX, 3, 2001, pp. 170-176.
- 31 M. Baldacci (a cura di), *I profili emozionali dei modelli didattici. Come integrare istruzione e affettività*, Franco Angeli, Milano, 2009; A. De Santi, R. Guerra, P. Morosini (a cura di), *La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2008.
- 32 L. Briziarelli, "Educazione alla salute nella scuola: sviluppo e prospettive", in *Scuola viva*, 32, 1996, pp. 9-13; A.C. Ligani, *Dal disagio scolastico alla promozione del benessere*, Carocci, Roma, 2004.

## Bibliografia di riferimento

- Blum R.W., "Improving the health of youth", in *Journal of Adolescent Health*, 23, 1998, pp. 254-259
- Bonino S., "Il rischio nell'adolescenza. Identità in fumo", in *Psicologia contemporanea*, 149, 1998, pp. 18-25
- Bottani N., *Insegnanti al timone? Fatti e parole sull'autonomia scolastica*, il Mulino, Bologna, 2002
- Briziarelli L., "La sanità pubblica nel contesto neoliberalistico. Dove andranno promozione della salute ed educazione sanitaria?", in *Scuola viva*, 32, 2002, pp. 9-13
- Burza V., *Il soggetto come problema della pedagogia*, Armando, Roma, 2007
- Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A., *Giovani verso il duemila*, il Mulino, Bologna, 1997
- De Santi M., Pagani G. (a cura di), *Intelligenza emozionale e coscienza. Una didattica del cervello*, Ibis, Como, 2003
- Diener E., Kahneman D., *Well-being: the foundations of hedonic psychology*, Russel Sage Foundation, New York, 1999
- Diener E., Suh E.M., Lucas R.E., Smith H.T., "Subjective well-being: three decades of progress", in *Psychological Bulletin*, CXXV, 2, 1999, pp. 276-302
- Diener E., Suh E.M., "Recent findings on subjective well-being", in *Indian Journal of Clinical Psychology*, XXIV, 1, 1997, pp. 25-41
- Ferrari Occhionero M., *I giovani e la nuova cultura socio politica in Europa. Tendenze e prospettive per il nuovo millennio*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Hagquist C., Starrin B., "Health education in schools. From information to empowerment models", in *Health Promotion International*, XII, 3, 1997, pp. 225-232
- Ingrosso M., *Comunicare la salute: scenari, tecniche. Progetti per il benessere e la qualità della vita*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Ingrosso M., *Ecologia sociale e salute. Scenari e concezioni del benessere nella società complessa*, Franco Angeli, Milano, 1994
- Milanesi G., *I giovani nella società complessa. Una lettura educativa della condizione giovanile*, Leumann Elle Di Ci., Torino, 1989

