



Progetto di intervento di educazione sanitaria nella scuola secondaria di primo grado

SPECCHIO RIFLESSO

Un intervento multimodale di prevenzione primaria del tabagismo nella prima adolescenza

Background teorico

1. Gli aspetti epidemiologici e le dinamiche sociali.

Secondo il rapporto della World Health Organization “Global Health Risks” (2009), il fumo di tabacco, assieme all’ipertensione, all’iperglicemia e all’inadeguata attività fisica, è ancora oggi tra i principali fattori di rischio di mortalità globale. Ogni anno il consumo di tabacco è responsabile della morte di circa 3.5 milioni di persone nel mondo ed è stato stimato che ogni minuto circa 7 individui muoiono per cause connesse al fumo. Il fumo è infatti responsabile dell’aumento del rischio di insorgenza di numerose patologie croniche e non, come le malattie cardiovascolari, quelle a carico dell’apparato respiratorio e i tumori. Il tabagismo, quindi, rappresenta la prima causa di morte evitabile nel mondo. Per quanto riguarda il nostro paese, l’Osservatorio “Fumo, Alcol e Droga” dell’Istituto Superiore di Sanità (2011) stima che il fumo di sigarette sia responsabile in Italia di un terzo delle morti per cancro e del 15% circa dei decessi in generale. Di conseguenza, il fumo di tabacco ha anche un profondo impatto economico sul Sistema Sanitario Nazionale. Ad esempio, è stato stimato che nel 2010 siano stati spesi più di 7.5 miliardi di euro per la cura di pazienti con patologie direttamente ascrivibili al fumo di sigarette (Osservatorio “Fumo, Alcol e Droga” – Istituto Superiore di Sanità, 2011).

Nonostante queste evidenze e la generale consapevolezza della sua dannosità, il fumo di tabacco risulta essere molto diffuso in quasi tutti i paesi sviluppati e nel nostro paese in particolare. L’Italia si pone in posizione centrale nella classifica dei paesi europei con più alta prevalenza di fumatori sulla popolazione totale ed è al secondo posto, solo dopo la Germania, per numero di sigarette consumate annualmente. Una recente indagine demoscopica effettuata da Doxa nel 2013, per conto dell’Istituto Superiore di Sanità e in collaborazione con l’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, ha evidenziato come più di un quinto degli italiani sia costituito da

fumatori e come il consumo medio giornaliero di sigarette sia diminuito solo lievemente nel corso dei dieci anni precedenti. La stessa indagine ha sottolineato come negli ultimi anni l'abitudine al fumo si sia diffusa nella fascia più giovane della popolazione, di età compresa tra i 15 e 24 anni. Un dato ancora più allarmante riguarda l'età a cui gli italiani iniziano a fumare: il 34% dei fumatori inizia a fumare prima dei 15 anni e il 51% tra i 15 e i 17 anni. Questi dati costituiscono un serio campanello d'allarme che è importante non sottovalutare, considerando soprattutto le scoperte sull'associazione tra età della prima sigaretta e rischio di morbilità e mortalità per fumo. Come evidenziato anche dalle "Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" (2008) dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, infatti, chi inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che inizia a fumare all'età di 20 anni.

Nel loro complesso questi dati evidenziano l'impellente necessità di ideare e promuovere innovativi ed efficaci azioni per contrastare l'abitudine al fumo, già a partire dalla preadolescenza e prima adolescenza (11-14 anni). La prevenzione primaria del tabagismo, ovvero intervenire ancor prima che i giovani abbiano appreso l'abitudine al fumo, si configura come la principale strategia per contrastare la diffusione del tabagismo nella popolazione e ridurre di conseguenza il rischio di morbilità e mortalità generale ad esso associato. Infatti, la ricerca e la pratica clinica evidenziano come sia molto difficile ottenere una cessazione del fumo duratura e senza ricadute una volta che l'abitudine si è instaurata. Basti pensare che recenti indagini demoscopiche hanno stimato che ogni anno circa il 30% dei fumatori cerca di smettere di fumare, ma che la percentuale di quelli che riescono ad ottenere un risultato in maniera stabile è limitatissima (circa il 5%). Inoltre, nella maggior parte dei casi i fumatori cercano di smettere senza cercare alcun aiuto (75%) o affidandosi alla sigaretta elettronica (15%) e soltanto nell'8% dei casi rivolgendosi ad un centro antifumo o utilizzando farmaci. Si smette di fumare mediamente molto tardi, intorno ai 43 anni, quindi generalmente dopo un lungo periodo di vita trascorso come fumatore. Tra le varie motivazioni che inducono a smettere di fumare, gli ex-fumatori dichiarano più frequentemente di aver deciso di mettere fine alla loro abitudine a causa della maggior consapevolezza della nocività del fumo (39%) oppure per sopravvenuti problemi di salute (36%) (Osservatorio Fumo, Alcol e Droga – Istituto Superiore di Sanità, 2013).

Individuare le motivazioni che spingono le persone, ed in particolar modo i giovani e i molto giovani, sia ad iniziare a fumare che a mantenere questo comportamento nocivo è un prerequisito essenziale per la progettazione e l'implementazione di interventi efficaci per la sensibilizzazione antifumo e per la prevenzione primaria. Le principali motivazioni che spingono i giovanissimi ad accendere la prima sigaretta sono nel 59% dei casi l'influenza dei pari che già fumano e la credenza

che il fumare li faccia sentire e percepire agli occhi degli altri come più grandi e forti (9.5%) (Doxa, 2013). Inoltre, l'abitudine al fumo di genitori e fratelli più grandi ha un ulteriore e profondo influsso sui "baby fumatori". Il fumare può quindi essere considerato un comportamento *prevalence-driven*, ovvero un comportamento influenzato dalla sua stessa diffusione nella popolazione: un preadolescente avrà una maggiore probabilità di iniziare a fumare tanto più entra in contatto con altri significativi che fumano (Tyas & Pederson, 1998).

Numerose ricerche hanno dimostrato che l'abitudine al fumo degli adolescenti è profondamente influenzata anche dagli atteggiamenti che i loro genitori hanno nei confronti del fumo di sigaretta (Kandel & Wu, 1995; Simons-Morton, Chen, Abrams, & Haynie, 2004). Ad esempio, gli adolescenti che percepiscono che i loro genitori sono profondamente contrari al fumo hanno una minor probabilità di iniziare rispetto a quelli che hanno genitori indifferenti o favorevoli ad esso (Distefan, Gilpin, Choi, & Pierce, 1998; Simons-Morton, 2004). Una recente ricerca di Herbert e Schiaffino (2007) ha evidenziato, inoltre, come gli atteggiamenti che gli adolescenti stessi hanno verso il fumo rispecchino abbastanza fedelmente quelli delle loro madri: i figli di madri altamente preoccupate per gli effetti dannosi del fumo sono più consapevoli e informati rispetto alla dannosità di questo comportamento per la salute.

Anche gli atteggiamenti degli stessi adolescenti rivestono un ruolo cruciale. Numerosi studi hanno infatti evidenziato come i giovani fumatori abbiano degli atteggiamenti più favorevoli e più positivi rispetto alle sigarette e siano meno informati sul loro effetto dannoso (Abrams, Simons-Morton, Haynie, & Rusan, 2005; Buller, Borland, Woodall, Hall, Burris-Woodall, & Voeks, 2003; Chassin, Presson, Sherman, & Kim, 2003; Chen, Stanton, Fang, Li, Lin, Zhang, et al, 2006; Eisenberg & Forster, 2003; Mitchell, Rosenberg, & Wood, 2008; Piko, 2001; Tucker, Ellickson, & Klein, 2003).

Strettamente connessi agli atteggiamenti sono le emozioni e le rappresentazioni cognitive relative al fumo. Per quanto riguarda le emozioni, alcune ricerche hanno dimostrato che tanto più un determinato comportamento nocivo è associato ad una valutazione affettiva positiva, tanto più diminuisce la percezione del rischio soggettivo legato a quel comportamento. Nello specifico, tanto più un adolescente associa al fumare e ai fumatori emozioni positive, come gioia e serenità, minore sarà la sua percezione del rischio associato al fumo di sigarette e, di conseguenza, maggiore la sua propensione a fumare (Finucane, Alhakami, Slovic, & Johnson, 2000; Slovic, Peters, Finucane, & MacGregor, 2005). Numerose ricerche hanno sottolineato come gli adolescenti con rappresentazioni più positive dei fumatori dichiarino più frequentemente di aver intenzione di iniziare a fumare e conseguentemente abbiano una maggiore probabilità di diventare tabagisti (Andrews, Hampson,

Barckley, Gerrard, & Gibbons, 2008; Dinh, Sarason, Peterson, & Onstad, 1995; Gerrard, Gibbons, Stock, Vande Lune, & Cleveland, 2005).

Visto il ruolo importante che rivestono le relazioni con i pari che fumano, sono infine molto importanti le convinzioni di autoefficacia nel resistere alle loro pressioni a fumare. Tali convinzioni esercitano un'importante azione di protezione: tanto più un adolescente crede di essere in grado di resistere all'influenza e alla pressione dei suoi pari nel provare a fumare una sigaretta, tanto meno probabile sarà che egli inizi effettivamente a fumare (Caprara, Gerbino, & Paciello, 2009).

Questo inquadramento è coerente con un cornice più generale degli interventi, costituita dal Modello Transteoretico del Cambiamento (TTMC) e dal Modello delle "Life Skills". Il primo, originariamente proposto da Prochaska e Di Clemente (Prochaska, & DiClemente, 1982), si è ampiamente diffuso a livello internazionale per gli interventi di educazione sanitaria, dando luogo ad una ricchissima letteratura scientifica. In questo modello – richiamato anche da LILT nazionale come paradigma di riferimento nei processi di cambiamento degli stili di vita a rischio

– il lavoro va nella direzione di analizzare e operare sui diversi processi motivazionali, basati su elementi cognitivi e affettivi, che possono orientare le diverse scelte comportamentali.

Il secondo modello (Botvin, et al., 2003) – adottato come approccio di riferimento dalla Regione Lombardia - lavora per accrescere le competenze personali (nel problem-solving e decision-making), le abilità sociali (come assertività o capacità di rifiuto) e infine il patrimonio conoscitivo sulle diverse situazioni di rischio.

2. La filosofia dell'educazione sanitaria delle Sezioni LILT

L'approccio contemporaneo all'educazione sanitaria non è più primariamente informativo, come nel passato, ma cerca sempre più di integrare contenuti, emozioni, esperienze, in un approccio in cui il rappresentare, il vedere insieme, il condividere sono gli strumenti per giungere a scelte più consapevoli. In questa direzione si colloca il programma "SPECCHIO RIFLESSO". *Un intervento multimodale di prevenzione primaria del tabagismo nella prima adolescenza*" delle Sezioni LILT di Milano, Bergamo, Brescia, Lodi, Pavia, Varese.

I fondamenti teorici e metodologici di questo intervento educativo si richiamano agli orientamenti psicopedagogici più ricchi e attuali, che riconoscono l'importanza della fiducia nella positività della persona umana (J.J.Rousseau), del gioco (F.Froebel), dell'educazione affettiva (J.H. Pestalozzi), del ruolo dell'esperienza (J.Dewey), del metodo dei progetti (W.H. Kilpatrick), del

lavoro di gruppo (R.Cousinet), dei percorsi di autocostruzione, evidenziati nel lavoro di Maria Montessori.

Da una prospettiva psicologica, la necessità di facilitare i processi maturativi dei ragazzi trova nel gioco (come anche nella poesia o nella musica o in altro, come ricorda ripetutamente il pediatra e psicoanalista Donald D.Winnicott) un fondamentale strumento con cui l'ambiente può sostenere la creatività del soggetto e la personalizzazione del suo mondo esperienziale.

Se da un lato – infatti - per qualunque persona non sono propriamente efficaci degli interventi di tipo direttivo, tanto più con i ragazzi, preadolescenti e adolescenti, la dimensione della loro autonomia e attiva partecipazione alle scelte rappresenta un dato operativo da tenere assolutamente in considerazione, superando un paternalismo sempre meno efficace e credibile.

Questi approcci costituiscono dunque il background teorico degli interventi nella scuola secondaria intorno al tema della salute e dei corretti stili di vita, temi su cui non si può intervenire senza tener infine conto della cooperatività e del protagonismo giovanile.

Tali prospettive trovano espressione nella metodologia del teatro sociale che - applicato ai temi della crescita e dell'autonomia, dei comportamenti, della salute... - rappresenta un frontiera non nuova, ma certamente non adeguatamente utilizzata nel mondo della scuola nonostante le sue potenzialità creative e formative.

Nell'approccio del teatro sociale sono valorizzate le esperienze di tutti, la capacità di dare vita e personalità a concetti e pensieri propri, con la possibilità e libertà di esprimerli non solo attraverso parole scritte individualmente, ma attraverso azioni sceniche condivise che facilitano anche un'integrazione tra psiche e corporeità. In particolare, in questo progetto si può trovar traccia di quello che è classicamente noto come il “Metodo Stanislavskij”, ovvero quella filosofia teatrale proposta dal regista russo K.S.Stanislavskij che valorizza la 'verità' teatrale di ciascun ruolo, interpretato alla luce di un lavoro che l'attore svolge su se stesso e sul ruolo che deve ricoprire.

In questo senso, il 'teatro' va inteso qui non come luogo artificioso, ma come spazio sociale dell'espressione personale (Berger & Luckman, 1997, tr.it). Pertanto l'azione teatrale comporta una graduale presa di coscienza da parte dei protagonisti dell'agire teatrale rispetto all'essere attori non solo dei ruoli scenici ma anche attori sociali nel reale. Nel gioco teatrale del 'come se', viene prefigurata una esperienza reale, vissuta o prossima ad esserlo, per poter consolidare un 'copione' positivo o per attivare un cambiamento in direzione di uno stile di vita, che valorizzi meglio la salute e il benessere a tutti i livelli.

Scopo e ipotesi

Il progetto mira a presentare e a valutare in termini di efficacia un intervento multimodale di prevenzione primaria del tabagismo nella prima adolescenza, denominato “*SPECCHIO RIFLESSO. Un intervento multimodale di prevenzione primaria del tabagismo nella prima adolescenza*”, proposto dalle Sezioni LILT di Milano, Bergamo, Brescia, Lodi, Pavia, Varese.

L'intervento è finalizzato a portare i preadolescenti ad una maggior consapevolezza, ad esplicitare e a sottoporre una riflessione critica gli atteggiamenti, le rappresentazioni e le emozioni associate al fumo, allo scopo di potenziarne le capacità di scelta autonoma e di resistenza alle pressioni dei pari, con un approccio che valorizza la capacità di riflettere sulle esperienze in una logica di *empowerment* personale.

Esso, inoltre, mira a sensibilizzare insegnanti e genitori, principali alleati nella lotta al fumo giovanile, promuovendo quindi una sensibilità preventiva rispetto al tabagismo nei principali contesti di vita degli adolescenti: la scuola e la famiglia.

L'efficacia dell'intervento verrà valutata con una metodologia scientifica, tramite un disegno sperimentale e longitudinale, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Milano Bicocca. Saranno confrontati un gruppo soggetti trattati (con intervento LILT) e di soggetti non trattati (senza intervento LILT), seguiti longitudinalmente, con specifiche valutazioni effettuate nel primo anno della scuola secondaria di primo grado e, successivamente, nelle stesse classi, nel secondo anno.

Metodologia dell'intervento

I riferimenti teorici sopra richiamati sono applicabili senza difficoltà anche nella scuola secondaria di primo grado e orientano verso il lavorare su situazioni legate all'esperienza, in cui brevi frammenti di vita, di interazione – proposti dall'adulto – permettono ai protagonisti e ai compagni che osservano di dare voce e verità psicologica a ciò che accade: dall'adesione ad un gruppo, all'assumere modelli pseudoadulti, al fare esperienze, al non farsi manipolare, al prendere decisioni autonome o invece guidata da altri... E su questo non c'è dubbio che anche i preadolescenti che mettono in scena una situazione in cui si tratta di fumare per imitare o di non fumare per non essere un “riflesso” abbiano adeguata esperienza e verità teatrale da condividere e su cui riflettere.

Anche il ruolo dell'adulto che interviene, classicamente l'educatore LILT, si trasforma: non più 'informatore scolastico' e neppure solo 'educatore', ma 'educ/ATTORE', ovvero un personaggio che non viene per insegnare o per dirigere, ma per esplicitare bisogni, stili di vita, significati, emozioni sottese ai comportamenti, in ruolo maieutico e non direttivo, teatrale e non didattico.

Di fronte al compagno che dà vita scenica all'esperienza della quotidianità, il gruppo funge da coro, che a propria volta commenta ciò che accade e ne esplicita le varie sfumature. Agli adulti sta poi il compito di collegare gli spunti mettendo in evidenza le varie problematiche nascoste dietro qualunque gesto apparentemente semplice, e tra questi quello di non / fumare. Ciò viene evidenziato non nasce quindi da teorie dell'adulto, ma si ritrova *in nuce* in ciò che può germogliare nel ragazzo.

Già nel proprio titolo “SPECCHIO RIFLESSO”, il progetto rimanda all'idea di poter essere personaggi più autentici, consapevoli della propria identità, protagonisti della propria crescita o invece immagine o imitazione di altri.

L'intervento proposto è multimodale poiché prevede l'articolazione in quattro diversi formati:

1. Un primo tipo di intervento, realizzato con la metodologia del teatro sociale, per gli alunni delle classi I e II della scuola secondaria di primo grado, finalizzato a rappresentare situazioni paradigmatiche per quanto riguarda la salute e i comportamenti, individuali e gruppali, ad essa connessi;
2. un secondo tipo di intervento, nelle stesse classi, che riprende i contenuti emersi e rilegge l'esperienza con una funzione di decodifica delle dinamiche emotive e decisionali;
3. Incontri di informazione e formazione ai loro genitori per rileggere le interazioni sociali osservate a scuola intorno al tabagismo e comportamenti correlati, legandole ai diversi stile di *parenting* in tema di prevenzione del tabagismo, di abusi alcolici e tutela della salute;
4. Incontri di formazione per il gruppo docenti di varie classi sull'intervento di teatro sociale come strumento didattico, che - applicato a partire dalle tematiche di educazione sanitaria – può diventare una risorsa utilizzabile.

Operativamente l'intervento ha la seguente struttura:

1. Scuola secondaria di primo grado, classi I:
 - primo incontro di circa 90 minuti, in cui i ragazzi sono invitati ad agire, scoprendo i diversi ruoli interpretati: come protagonisti, come 'immagini riflesse' o 'fotocopie' di

altri... in contesti legati agli stili e alle dinamiche sociali. La prospettiva teatrale, presentata in modo paradossale e divergente aiuta a superare la barriera cognitiva e giungere ad una dimensione affettivo-esperienziale;

- secondo incontro di circa 90 minuti, in cui l'educ/Attore riprende l'esperienza del primo incontro e la rilegge alla luce delle tematiche del tabagismo, degli stili di vita, dei comportamenti rischiosi, della promozione della salute, dell'influsso del gruppo;
- un incontro, condotto da uno psicologo LILT e un educ/Attore della LILT, con i genitori, per la condivisione di quanto il lavoro nelle classi ha fatto emergere, cercando di rispondere alla domanda “chi sono questi ragazzi ?”;
- un incontro, condotto da uno psicologo e un educ/attore della LILT, con gli insegnanti del plesso scolastico in cui è stato proposto il programma, per commentare i contenuti che i ragazzi hanno fatto emergere, ma anche le possibili ricadute che la metodologia teatrale può avere anche nel lavoro scolastico ordinario, sia in termini di modalità didattica che per i collegamenti contenutistici possibili, primariamente quelli legati agli stili di vita.

2. Scuola secondaria di primo grado, classi II:

- un incontro di circa 90 minuti, in cui i ragazzi sono invitati a rappresentare e a commentare insieme delle microsequenze teatrali proposte dall'educ/attore – legate ai temi dell'autonomia, della scelta, delle amicizie, delle esperienze, e dei comportamenti – guidati da griglie di lettura predefinite, incentrate sul concetto di ambivalenza (fare/non fare; provare/non provare; desiderare/temere...) e sul gioco delle parti (favorevoli vs contrari);
- un incontro, condotto da uno psicologo e un educ/attore della LILT, con gli insegnanti del plesso scolastico in cui è stato proposto il programma per commentare i contenuti che i ragazzi hanno fatto emergere e per un confronto sull'applicabilità della metodologia teatrale quale strumento didattico routinario.

Lo strumento teatrale quindi è usato per facilitare processi più personali di riflessione e per stimolare la maturazione della capacità critica verso il fumo di sigaretta e altri comportamenti, in un approccio in cui il dato esperienziale arricchisce quello cognitivo, lavorando quindi sull'intelligenza emotiva (Golemann, 1997) del ragazzi, obiettivo questo del tutto fondamentale in un'ottica di prevenzione.

Gli interventi verranno realizzati da educatori (educ/attori) appositamente formati nella metodologia del teatro sociale da parte di formatori e della LILT, sezione di Milano, in collaborazione con le altre sezioni LILT attive nel progetto.

La Sezione LILT di Milano ha infatti acquisito una sempre più consolidata esperienza nell'utilizzo del teatro sociale come strada per un incontro trasformativo con i bambini della scuola primaria, cui si rivolge con il proprio progetto "Agenti 00Sigarette".

Tale metodologia, che sta avendo riscuotendo molto interesse in ambito scolastico, rappresenta ora un patrimonio di competenze che può essere condiviso con le altre Sezioni, che non hanno invece intrapreso un percorso di questo tipo.

3. Verifica di efficacia dell'intervento L'efficacia dell'intervento proposto sarà valutata rispetto ai seguenti indicatori:

- Conoscenze sul fumo (effetti, rischi, motivazioni)
- Rappresentazione cognitiva del fumo e dei fumatori
- Emozioni associate al fumo
- Atteggiamento verso il fumo
- Convinzioni di autoefficacia nel resistere alle pressioni dei pari che fumano
- Qualità delle amicizie e Associazione con pari che fumano
- Comportamento di fumo già in atto.

L'efficacia dell'intervento sarà valutata in termini sia di cambiamento tra pre- e post-intervento degli indicatori considerati sia di diversità tra un gruppo sperimentale che verrà sottoposto ad intervento e un gruppo di controllo appaiato, che non verrà sottoposto all'intervento.

Si ipotizza che l'intervento diretto sugli studenti, potenziato da quello realizzato attraverso la sensibilizzazione e la formazione di genitori e insegnanti possa:

- 1) promuovere conoscenze e rappresentazioni più corrette e realistiche sul fumo;
- 2) stimolare atteggiamenti ed emozioni negative verso il fumo;
- 3) potenziare le convinzioni di saper resistere alle pressioni, anche nel contatto con i coetanei fumatori;

Le attività connesse alla verifica di efficacia dell'intervento verranno realizzate dal Dipartimento di Psicologia dell'Università di Milano-Bicocca.

Metodologia

1. Partecipanti e Procedura

Lo studio prevede il coinvolgimento di circa 560 studenti della classe I di alcune scuole secondarie di primo grado delle province di competenza delle sezioni provinciali LILT di Milano, Bergamo, Brescia, Lodi, Pavia e Varese. Nello specifico, ogni sezione provinciale LILT recluterà circa 80 studenti (2 classi per campione trattato, 2 classi per il campione di controllo), salvo la Sezione di Milano con 4+4 classi

Tramite il software G*Power 3.1.9.2, è stata stabilita la numerosità degli studenti da reclutare calcolando l'ampiezza campionaria richiesta per effettuare un'analisi della varianza (ANOVA) a misure ripetute per testare l'effetto dei fattori within-subjects (osservazioni), between-subjects (gruppo sperimentale vs. gruppo di controllo; genere dei partecipanti) e delle loro interazioni. Questo tipo di analisi permetterà di valutare l'efficacia dell'intervento condotto, considerando eventuali differenze nel tempo negli indicatori considerati ascrivibili alla conduzione dell'intervento e controllando per eventuali differenze dovute al genere degli studenti. Nello specifico, nel condurre l'ANOVA a misure ripetute, tenendo sotto controllo l'effetto del genere, con 4 tempi di misurazione e due gruppi between-subjects (gruppo sperimentale e di controllo), per ottenere risultati con un effect size debole (f di Cohen = .10), con un livello di significatività di .001, una potenza statistica di .95, ipotizzando correlazioni medie ($r = .50$) tra le misure ripetute e prevedendo una violazione dell'assunto di sfericità delle varianze ($\epsilon = .85$), è richiesta un'ampiezza campionaria di almeno 552 partecipanti.

Le scuole verranno contattate dalle sedi LILT e invitate a partecipare alla ricerca, tramite comunicazioni scritte e contatti telefonici. Appositi fogli informativi e consensi per gli studenti e le loro famiglie e per gli insegnanti verranno predisposti e inviati alla scuole che aderiranno al progetto. I consensi firmati verranno raccolti prima dell'avvio del progetto.

Metà dei partecipanti verranno assegnati al gruppo sperimentale (S1); questo gruppo sarà composto da 280 studenti che verranno sottoposti all'intervento che prevede, come sopra descritto, anche il coinvolgimento dei loro insegnanti e genitori. I restanti 280 studenti saranno assegnati al gruppo di controllo (S2) e non riceveranno nessun tipo di intervento. Analisi descrittive preliminari saranno effettuate per garantire l'appaiamento dei due gruppi.

2. Strumenti di rilevazione degli indicatori di efficacia

Gli indicatori sopra descritti verranno valutati attraverso strumenti self-report specifici per l'età dei partecipanti. Nello specifico, verranno misurate:

1. Conoscenze sul fumo (effetti, rischi, motivazioni). Le conoscenze (sia a priori che apprese) verranno indagate tramite due strumenti:
 - Domande a risposta chiusa, che verteranno sui concetti esposti nell'intervento e prevedranno diverse alternative di risposta (Ad es.: "*Respirare il fumo degli altri fa male*" - *si, no, non so*).
 - Compiti di collegamento tra concetti che verteranno sull'associazione tra fumo e rischi per la salute (con particolare attenzione all'effetto delle sostanze nocive)
2. Rappresentazione cognitiva del fumo e dei fumatori. La rappresentazione cognitiva del fumo e dei fumatori verrà valutata con due strumenti:
 - Compito di associazione libera: verrà chiesto ai ragazzi di elencare liberamente le parole e le immagini associate al fumo.
 - Check-list di parole e concetti associati, e non associati, al fumo, sia negativi che positivi. Il compito dei ragazzi consisterà nello scegliere quali parole associare al loro personale concetto di "fumo".
3. Emozioni associate al fumo. La rappresentazione emozionale del fumo verrà indagata con la Positive And Negative Affect Scale – Expanded Form (PANAS-X; Watson & Clark, 1994), dalla quale verranno selezionati circa 10 aggettivi positivi e negativi che possono essere riferiti al concetto di fumatore. Ai ragazzi verrà chiesto di pensare ai fumatori e di valutare quanto ognuno degli aggettivi sia adatto a descrivere come si sentano queste persone quando fumano. Allo stesso modo ai ragazzi verrà chiesto di pensare e di valutare i non fumatori. Esempi di aggettivi che verranno inclusi sono:
 - Aggettivi positivi: forte, coraggioso, soddisfatto
 - Aggettivi negativi: disgustato, colpevole, arrabbiato.
4. Atteggiamento verso il fumo. L'atteggiamento verso il fumo verrà valutato tramite una versione abbreviata e adattata all'età dei ragazzi della Tobacco Attitude Scale (TAS; Meier, 1991). Gli item della scala si riferiscono agli effetti che derivano dall'uso di tabacco (es: "*fumare fa respirare male*"), alla rappresentazione del fumatore (es: "*fumare fa sembrare forti*"), alla legislazione sul consumo di tabacco (es: "*la vendita di tabacco dovrebbe essere illegale*").
5. Convinzioni di autoefficacia nel resistere alle pressioni dei pari devianti. Verrà utilizzata la Scala di Autoefficacia Regolatoria Percepita (Pastorelli et al., 2001) che misura le convinzioni

dei ragazzi rispetto alla capacità di resistere alle pressioni esercitate dai loro pari dirette a coinvolgerli in attività rischiose o devianti. Dei 12 item che compongono la scala, verranno selezionati gli item più adatti all'età dei ragazzi. La scala comprende anche un item che fa specifico riferimento al comportamento di fumo: *“Quanto sei capace di resistere alle pressioni dei tuoi amici che ti spingono a fumare?”*.

6. Qualità delle amicizie e Associazione con pari che fumano. La qualità della rete amicale e l'associazione con pari devianti verranno valutate attraverso lo strumento sviluppato da Capaldi e Patterson (1992). Il questionario valuta l'estensione della rete di amici, il supporto percepito e le caratteristiche dei compagni frequentati relativamente a condotte antisociali come rubare, mentire, marinare la scuola e fare uso di sostanze.

Ai partecipanti verrà inoltre chiesto se hanno avuto esperienze di fumo, se i genitori o altri parenti sono fumatori e se hanno amici che fumano. Verranno infine raccolte informazioni su aspetti socio-demografici (es. professione e titolo di studio dei genitori).

Nel gruppo sperimentale i questionari verranno somministrati nei tempi sotto descritti:

- T0 (classi I - scuola secondaria di primo grado) - Prima dell'intervento.
- T1 (classi I - scuola secondaria di primo grado) - Alla conclusione dell'intervento (entro quattro-sei settimane dallo stesso).
- T2 (classi II - scuola secondaria di primo grado) - Nelle prime settimane del nuovo anno scolastico.
- T3 (classi II - scuola secondaria di primo grado) - Negli ultimi mesi del nuovo anno scolastico.

Per il gruppo di controllo è prevista una sola valutazione in classe I (T0) e una sola valutazione in classe II (T3).

3. Analisi dei dati

Saranno effettuate delle analisi della varianza a misure ripetute utilizzando come fattore between-subjects l'appartenenza al gruppo sperimentale o di controllo. Queste analisi valuteranno l'effetto post-intervento a T1, T2 e T3 ascrivibile all'intervento stesso sugli indicatori di efficacia considerati.

Risultati attesi e Ricadute applicative

Il presente progetto presenta un complesso intervento di prevenzione primaria a carattere multimodale. Il coinvolgimento di più soggetti (adolescenti, genitori, insegnanti), le metodologie utilizzate, l'aggancio al dato esperienziale, il caratteri di continuità degli interventi (a prosecuzione di quanto fatto nella scuola primaria, dalla Sezione di Milano) e infine e la giovane età della popolazione target connotano questo intervento di una particolare consistenza e significatività.

Nello specifico, i principali risultati attesi sono:

a) l'implementazione operativa di un intervento multimodale di prevenzione primaria del tabagismo nella prima adolescenza, in grado di modificare atteggiamenti, rappresentazioni ed emozioni associate al fumo negli ragazzi e preadolescenti, per potenziarne le capacità di scelta autonoma e di resistenza alle pressioni dei pari;

b) la costruzione di un intervento più continuativo con l'agenzia scolastica, non più vista come puro recettore di stimoli, in un rapporto 'top-down', ma come interlocutore collaborativo in un percorso comune che condivide alcuni importanti obiettivi; c) la creazione di una modellizzazione dell'intervento che ne facilita la trasferibilità e ripetibilità in contesti differenti, favorendo un approccio condiviso e reciprocamente sottoposto ad una verifica a partire dall'esperienza;

d) il rafforzamento di una rete collaborativa tra le Sezioni LILT, maggiormente in grado di cooperare per un'azione professionale, sinergica, coerente ed efficace, in questo sollecitate dal confronto con un interlocutore scientifico qualificato, quale l'Università di Milano Bicocca, di stimolo favorire l'opportuna metodologia di lavoro basata su criteri professionali e scientifici;

e) l'utilizzo di di rigorose attività di verifica di efficacia scientificamente fondate, che contribuiranno ulteriormente ad improntare le pratiche di prevenzione primaria del tabagismo, ad oggi spesso carenti per quanto riguarda gli aspetti valutativi.

f) la condivisione e divulgazione di una metodologia di intervento che possa diventare una risorsa standard a basso costo, per tutte le sezioni, anche laddove le risorse siano carenti.

Analogamente, l'esperienza acquisita potrà indirizzare la progettazione e l'implementazione di strategie di prevenzione primaria che adottino le metodologie proposte e che potranno essere applicate a popolazioni come quella coinvolta o a fasce d'età limitrofe.

A questo proposito gli enti coinvolti del progetto si impegneranno nella concreta diffusione dei risultati dello studio e nella realizzazione di iniziative di formazione sui principi e le pratiche dell'intervento proposto.

Obiettivi non immediati ma altrettanto rilevanti riguardano un'attività di *mainstreaming*, favorendo il trasferimento delle conoscenze sia tra soggetti operanti in ambiti di intervento analoghi (es. con particolare interesse ad un proficuo rapporto con il mondo della scuola, *mainstreaming* orizzontale) sia nella società civile e nelle politiche sanitarie (sensibilizzando gli uffici scolastici, l'istituzione regionale, il mondo del lavoro, *mainstreaming* verticale).

Timeline della ricerca

Giugno 2015 è il mese ipotizzato di inizio delle attività in caso di approvazione del progetto entro maggio 2015.

Mesi	Attività svolte
Giugno 2015 – Settembre 2015 (1° - 4° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione dell'intervento • Formazione degli educatori alla conduzione dell'intervento • Predisposizione degli strumenti • Reclutamento dei partecipanti
Ottobre 2015 – Maggio 2016 (5° - 12° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione a T0 • Implementazione intervento • Valutazione a T1
Giugno 2016 (13° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusione valutazione a T1
Luglio 2016 – Agosto 2016 (14° - 15° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi dei dati preliminari • Stesura dei report parziali • Redazioni di paper scientifici • Predisposizione delle attività del II anno di progetto
Settembre 2016 – Ottobre 2016 (16° - 17° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazioni a T2
Novembre 2016 – Marzo 2017 (18° - 22° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione intervento
Aprile 2017 (23° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazioni a T3
Maggio 2017 (24° mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi dei dati • Stesura dei report • Redazione di paper scientifici

Bibliografia

- Abroms L, Simons-Morton, B. Haynie, D. Rusan, C. (2005). Psychosocial predictors of smoking trajectories during middle and high school. *Addiction*, 100(6):852-61.
- Andrews, J. A., Hampson, S. E., Barckley, M., Gerrard, M., & Gibbons, F. X. (2008). The effect of early cognitions on cigarette and alcohol use in adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 96–106.
- Berger, P.L., Luckmann T. La realtà come costruzione sociale.(tr.it). Bologna. Il Mulino, 1997.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-18.
- Buller D. B., Borland, R, Woodall, W. G., Hall, J. R. , Burris-Woodall, P., Voeks, J. H. (2003). Understanding factors that influence smoking uptake. *Tobacco Control.*, 12(4):16-25.
- Caprara, G. V., Gerbino, M., & Paciello, M. (2009) Pressioni dei pari e comportamenti trasgressivi in adolescenza: il ruolo protettivo delle convinzioni di autoefficacia. *Decimo Rapporto Nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*. pp. 291-300. Roma: Eurus Telefono Azzurro.
- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., Kim, K. (2003). Historical changes in cigarette smoking and smoking-related beliefs after 2 decades in a Midwestern community. *Health Psychology*, 22(4):347-53.
- Chen, X., Stanton, B., Fang, X., Li, X., Lin, D., Zhang, J., et al. (2006). Perceived smoking norms, socioenvironmental factors, personal attitudes and adolescent smoking in China: a mediation analysis with longitudinal data. *Journal of Adolescent Health*, 38(4):359-368.
- Dinh, K. T., Sarason, I. G., Peterson, A. V., & Onstad, L. E. (1995). Children's perceptions of smokers and nonsmokers: A longitudinal study. *Health Psychology*, 14, 32–40.
- Distefan, J. M., Gilpin, E. A., Choi, W. S., & Pierce, J. P. (1998). Parental influences predict adolescent smoking in the United States, 1989–1993. *Journal of Adolescent Health*, 22(6), 466–474.
- Doxa (2013). *Indagine sul fumo in Italia. Indagine Demoscopica effettuata per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri*.
- Eisenberg, M. E., & Forster, J. L. (2003). Adolescent smoking behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(2):122-8.

- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P., & Johnson, S. M. (2000). The affect heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13, 1–17.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Stock, M. L., Vande Lune, L. S., & Cleveland, M. J. (2005). Images of smokers and willingness to smoke among African American pre-adolescents: An application of the prototype/willingness model of adolescent health risk behavior to smoking initiation. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 305–318.
- Herbert, D. F., & Schiaffino, K. M. (2007). Adolescents' smoking behavior and attitudes: The influence of mothers' smoking communication, behavior and attitudes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(2), 103-114.
- Kandel, D. B., & Wu, P. (1995). The contributions of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette smoking in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 5(2), 225–252.
- Mitchell, J., Rosenberg, M., & Wood, L. (2008). Adolescents with attitude changes in views about smoking over time. *Health Promotion Journal of Australia*, 19(2), 109-112.
- Osservatorio Fumo, Alcol e Droga – Istituto Superiore di Sanità (2008). *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*.
- Osservatorio Fumo, Alcol e Droga – Istituto Superiore di Sanità (2011). *Rapporto annuale sul fumo 2011. XIII Convegno "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Roma, 31 maggio 2011*
- Osservatorio Fumo, Alcol e Droga – Istituto Superiore di Sanità (2013). *Rapporto annuale sul fumo 2013. XV Convegno "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Roma, 31 maggio 2013*.
- Pastorelli, C., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S., Bandura, A. (2001). “Structure of children’s perceived self-efficacy: A cross-national study”. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 87-97.
- Piko, B. (2001). Smoking in adolescence: do attitudes matter? *Addictive Behaviour*, 26(2):201-17.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12,(1):11-12.
- Simons-Morton, B. G. (2004). The protective effect of parental expectations against early adolescent smoking initiation. *Health Education Research*, 19(5), 561–569.
- Simons-Morton, B. G., Chen, R., Abroms, L., & Haynie, D. L. (2004). Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. *Health Psychology*, 23(6), 612–621.
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L., & MacGregor, D. G. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health Psychology*, 24(4, Suppl.), S35–S40.

Stanislavskij K.S. (1937). *Il lavoro dell'attore su se stesso*. (tr.it.) Roma, Bari, Laterza, 2000.

Stanislavskij K.S. (1958) *Il lavoro dell'attore sul personaggio*. (tr.it.) Roma-Bari, Laterza, 1999

Tucker, J. S., Ellickson, P. L., Klein, D. J. (2003). Predictors of the transition to regular smoking during adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 32(4):314-24.

Tyas S.L., & Pederson L.L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7: 409–20.

Watson, D., Clark., L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form*. Iowa Research Online.

World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva, Switzerland: Department of Health Statistics and Informatics, World Health Organization, 2009.