

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Università degli Studi di Padova

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN:
Scienze Pedagogiche, dell' Educazione e della Formazione
CICLO: XXV

***Promuovere la salute attraverso l'educazione mediale:
una ricerca quasi-sperimentale
con bambini di 10 anni e i loro genitori***

Direttore della Scuola: Ch.ma Prof.ssa Marina Santi

Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Laura Messina

Dottoranda: Elena Grassi

Indice

| | |
|---|--------|
| Riassunto | p. 5 |
| Abstract | p. 6 |
| Introduzione | p. 7 |
| Capitolo 1. Promozione della salute ed educazione mediale: presupposti teorici, approcci metodologici e prospettive di ricerca | |
| 1.1. <i>Promozione della salute</i> | p. 19 |
| 1.1.1. L'evoluzione del concetto di salute: dal modello biomedico al modello bio-psico-sociale | p. 20 |
| 1.1.2. Determinanti di salute e modelli teorici di riferimento | p. 31 |
| 1.1.3. L'area problematica dell'obesità e i progetti di sensibilizzazione | p. 54 |
| 1.2. <i>Educazione mediale</i> | p. 64 |
| 1.2.1. Definizioni di educazione mediale e principali teorie di riferimento | p. 65 |
| 1.2.2. Approccio <i>critical</i> e approccio <i>production</i> | p. 74 |
| 1.2.3. Ambiti applicativi | p. 89 |
| 1.3. <i>Health promoting media literacy education</i> | p. 97 |
| 1.3.1. L'influenza dei media sui comportamenti di salute e sull'alimentazione dei bambini | p. 98 |
| 1.3.2. L'educazione mediale per la promozione della salute: un nuovo campo di ricerca | p. 107 |
| 1.3.3. Il modello teorico integrato dell' <i>Health promoting media literacy education</i> | p. 126 |
| 1.3.4. La sana alimentazione dei bambini: le ricerche di Alexandra E. Evans | p. 131 |
| Capitolo 2. La ricerca | |
| 2.1. <i>Ambito della ricerca</i> | p. 137 |
| 2.1.1. Prevenire l'obesità promuovendo il consumo di frutta e verdura | p. 138 |
| 2.1.2. Il laboratorio di <i>media education production</i> sulla pubblicità | p. 140 |
| 2.1.3. Ricerche di riferimento e costrutti teorici indagati | p. 143 |
| 2.2. <i>Interrogativi della ricerca e obiettivi</i> | p. 156 |
| 2.3. <i>Metodo</i> | p. 157 |
| 2.3.1. Partecipanti | p. 157 |
| 2.3.2. Disegno quasi-sperimentale e studio qualitativo | p. 158 |
| 2.3.3. Strumenti | p. 161 |
| 2.3.4. Versione italiana dei questionari: traduzione, adattamento e taratura | p. 164 |
| 2.3.5. Raccolta dei dati | p. 166 |
| 2.4. <i>Descrizione dell'intervento</i> | p. 168 |
| 2.5. <i>Analisi dei dati e discussione dei risultati</i> | p. 174 |
| 2.5.1. Analisi dei dati | p. 174 |
| 2.5.2. Discussione dei risultati | p. 175 |
| Capitolo 3. Considerazioni su risultati, limiti e prospettive della ricerca | |
| 3.1. <i>Riflessioni sui risultati</i> | p. 225 |
| 3.2. <i>Limiti della ricerca</i> | p. 230 |
| 3.3. <i>Altri risultati raggiunti e possibili sviluppi della ricerca</i> | p. 232 |

| | |
|--|--------|
| Riferimenti bibliografici e sitografici | p. 235 |
| Allegati | p. 269 |
| Allegato 1. Consenso informato | p. 271 |
| Allegato 2. Questionario bambini | p. 273 |
| Allegato 3. Questionario genitori | p. 283 |
| Allegato 4. Articolazione dell'intervento | p. 305 |
| Allegato 5. Griglia di osservazione | p. 319 |
| Allegato 6. Esempi di newsletter | p. 321 |
| Allegato 7. Esempi di affiche | p. 323 |
| Allegato 8. Traccia del focus group | p. 325 |
| Allegato 9. Famiglie di codici | p. 329 |

Riassunto

Questa ricerca si colloca nell'ambito di studi denominato *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008; Bergsma & Ferris, 2011) e affronta in particolare il tema della sana alimentazione dei bambini (Evans et al., 2006; Tanner et al. 2008).

L'obiettivo della ricerca è indagare l'efficacia di un intervento di educazione mediale, svolto in ambito scolastico, sulla promozione del consumo di frutta e verdura, con lo scopo ultimo di prevenire l'obesità infantile. I partecipanti alla ricerca sono bambini italiani di 10 anni e i loro genitori. La ricerca utilizza un metodo misto, con un disegno quasi-sperimentale (un gruppo d'intervento – 27 bambini e uno dei loro genitori – e un gruppo di controllo – 33 bambini e uno dei loro genitori), integrato da un focus group, utilizzato come chiave interpretativa dei dati quantitativi.

Il pre-test, post-test (dopo la conclusione dell'intervento) e delayed post-test (a tre mesi dalla conclusione dell'intervento) hanno misurato: con i bambini, consumo di frutta e verdura, motivazione, autoefficacia e supporto genitoriale percepito in relazione al consumo di frutta e verdura; con i genitori, motivazione e loro supporto all'assunzione di frutta e verdura da parte dei figli; inoltre, è stata rilevata la disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa.

Dopo la conclusione dell'intervento è stato condotto un focus group con i bambini del gruppo intervento, suddivisi in tre sottogruppi, durante il quale è stato chiesto loro di esprimere: concezioni e conoscenze sulla salute e sui media, abilità di analisi critica e di espressione, intenzioni di comportamento riguardo al consumo di frutta e verdura e opinioni in merito all'intervento stesso.

L'intervento è durato 10 settimane ed è stato articolato in 12 sessioni così scandite: educazione alla salute; alfabetizzazione mediale; laboratorio, durante il quale i bambini sono stati impegnati nella produzione di affiche, newsletter e uno spot per la tv su frutta e verdura, che hanno avuto come target i loro genitori.

Per verificare l'effetto dell'intervento sul cambiamento delle variabili indagate è stato utilizzato il T-test per campioni indipendenti. L'intervento è risultato efficace, incidendo sull'aumento del consumo di frutta e verdura da parte dei bambini ($p < .05$) e su tutte le determinanti psicosociali (con valori di p compresi tra 0.00 e 0.04) sia al post-test sia al delayed post-test. I genitori hanno riportato un aumento del supporto emotivo ($p < .05$) al delayed post-test.

E' stata eseguita l'analisi del contenuto del focus group, procedendo alla determinazione di codici e famiglie di codici. La relazione tra famiglie è stata esaminata con l'analisi delle co-occorrenze, dalla quale è emerso che *l'abilità di espressione* – una delle principali abilità stimulate dall'educazione mediale con approccio *production* – si trova al centro della rete di relazioni tra la maggior parte dei costrutti teorici indagati.

Questi risultati indicano che l'intervento di educazione mediale per la promozione della salute può essere un innovativo e promettente approccio metodologico per promuovere la sana alimentazione dei bambini.

Parole chiave: sana alimentazione, educazione mediale, bambini, genitori.

Abstract

This research pertains to the broad study field of “*Health Promoting Media Literacy Education*” (Bergsma & Carney, 2008; Bergsma & Ferris, 2011) and regards in particular children's healthy nutrition (Evans et al., 2006; Tanner et al. 2008).

The purpose of this pilot study was to evaluate the effectiveness of a school-based media education intervention on the promotion of fruit and vegetables consumption to prevent childhood obesity. The target population for the study was 10-year-old Italian children and their parents. The study utilized a mixed-method approach, with a quasi experimental design (one intervention group – 27 children and one of their parents – and one control group – 33 children and one of their parents), integrated by a focus group, which is used as a key for the interpretation of the quantitative data.

Pre-test, post-test (upon completion of the intervention) and delayed post-test (after 3 months upon completion of the intervention) measured: the children's fruit and vegetables consumption, motivation, self-efficacy and parental social support related to fruit and vegetables consumption; parent motivation and social support related to their children fruit and vegetables intake; availability and accessibility of fruit and vegetables at home.

Upon completion of the intervention, a focus group was conducted with children in the intervention group, divided in three different groups. During the focus group, children were asked to express their health and media beliefs and knowledge, their ability of critical analyses and expression skills, and nutritional behavior intentions, as well as their opinions/satisfaction with the intervention.

The 10 weeks long intervention included 12 sessions on: health education, media literacy, and a health communication media-based campaign workshop during which the children created posters, newsletters and video commercials on fruit and vegetables targeted to their parents.

To test the intervention effect on the changes in outcomes of all variables, independent sample T-test analyses were calculated. The intervention was effective in increasing children's fruit and vegetable intake ($p < .05$) and all psychosocial determinants (p values ranging from 0.00 to 0.04) both at immediate post-test and at delayed post-test. Parents reported increased emotional social support ($p < .05$) at delayed post-test.

To investigate the families raised from the focus group text, the content analysis was done. The relationship among the families was investigated with the co-occurrences analysis, from which the *ability of expression* - that is one of the main skills stimulated by the media education (*production* approach) - results in the central core of the relationship among almost all of the theoretical constructs investigated, so we could consider it the main successful factor of the intervention.

These results indicate that a nutrition and media literacy intervention may be an innovative and promising methodological approach to promote children's healthy nutrition.

Key words: healthy nutrition, media education, children, parents.

Introduzione

“A leggere il rapporto del ministero della Sanità si prova anzitutto uno sconcerto ottico: l'italiano medio si allarga, ma contemporaneamente si allunga, è sovrappeso in oltre il quaranta per cento dei casi, però vive un anno di più che gli altri europei. (...) E' naturale che sullo slancio della rincorsa l'italiano sia passato dalle malattie di indigenza alle malattie di abbondanza, quali l'obesità, il diabete e la cirrosi”.

Così scriveva Giuseppe Pontiggia, in un suo saggio recentemente pubblicato da *Il Sole 24 Ore* (2012), dando un ritratto incisivo sulla salute dei cittadini italiani, che sintetizza in maniera efficace anche la situazione attuale, riportata dalla recente *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese* presentata dal Ministro della Salute Renato Balduzzi il 12 dicembre 2012, in cui si evidenzia in modo particolare il problema dell'obesità. In Italia infatti l'11% degli adulti è obeso e il 32% è in sovrappeso, quindi il 42% risulta essere in eccesso ponderale. Situazione che appare non meno preoccupante per i bambini, dal momento che, stando agli ultimi dati dell'Osservatorio *Okkio alla Salute*, l'11% è obeso e il 22,9% è sovrappeso, per un totale di oltre un terzo in eccesso ponderale (Ministero della Salute, 2010). Nella relazione si legge inoltre che le malattie cardiocircolatorie, di cui l'obesità è uno dei fattori principali, sono la prima causa di morte nel nostro Paese con 224.830 decessi all'anno (38,2%) (Ministero della Salute, 2012).

L'obesità è stata definita dalla WHO (1997) come un'“epidemia sociale”, sul cui sviluppo incidono fattori socio ambientali, che si sommano ai fattori individuali, come ad esempio: caratteri biologici ed eventuali malattie metaboliche infantili, status sociale (ad esempio, basso reddito e bassa scolarizzazione sono associate a uno scarso consumo di alimenti sani), struttura psicologica del singolo e qualità del suo percorso evolutivo (ad esempio, la difficoltà ad adeguarsi alle norme sociali, l'insufficiente capacità di incanalare la propria energia in attività creative), rinforzi sociali (ad esempio, una famiglia che incita a mangiare e non promuove attività che implicino il movimento) o eventuali difficoltà relazionali (ad esempio, il sentimento di non accettazione da parte dei pari) (Pietrantonio, 2001; Guarino, 2008).

In tale scenario s'impone sempre più la necessità di uno sguardo pedagogico su questa importante problematica legata alla salute (Lopez, 2004; Dovigo, 2009), che affianchi l'imprescindibile sguardo medico, ad “armi pari”, come sostiene Bertolini (2005), ponendo medicina e pedagogia sullo stesso piano come “scienze dell'uomo e per l'uomo”.

Di particolare importanza sotto questo punto di vista risulta essere l'educazione alla sana alimentazione, poiché la nutrizione viene considerata un fattore di prevenzione delle principali patologie cronico-degenerative, come è dimostrato da molteplici ricerche scientifiche – che hanno esaminato la relazione esistente tra alimentazione, sovrappeso, obesità e patologie tumorali (il cui 30% è causato da un'errata nutrizione), cardiovascolari e diabetiche (di cui l'alimentazione è il principale responsabile) – e sostenuto nel documento *Guadagnare Salute* (Ministero della Salute, 2007).

Per quanto concerne nello specifico l'alimentazione dei bambini, una tra le questioni più urgenti da affrontare riguarda il consumo di frutta e verdura, poiché, anche se per mantenersi in salute e prevenire l'obesità viene raccomandata l'assunzione giornaliera di tre porzioni di frutta e due porzioni di verdura (WHO, 2003; Ministero della Salute, 2007), il 23% dei bambini italiani non le mangia mai. Nella citata *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese* viene infatti ribadito che “l'educazione nutrizionale è un importante fattore preventivo dell'obesità, con particolare riferimento all'infanzia ed è elemento cardine del programma *Guadagnare salute* del nostro Ministero in linea con gli orientamenti delle Istituzioni internazionali e comunitarie nei confronti delle patologie croniche non trasmissibili” (Ministero della Salute, 2012).

Tra gli orientamenti principali in ambito internazionale per la prevenzione dell'obesità vanno richiamati il Libro Bianco *Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità*, approvato dalla Commissione Europea il 30 maggio 2007 (Commissione Europa, 2007a), che invita gli Stati membri ad elaborare campagne di educazione specifiche (cattiva nutrizione, sovrappeso) destinate a pubblici vulnerabili (0-12 anni) nel settore dell'educazione nutrizionale, e la *Dichiarazione di Jakarta* della WHO (1997a) in cui viene messo in evidenza come il ruolo della scuola sia cruciale per l'educazione ad una corretta nutrizione, poiché, come sostiene Marzorati (2001b, p. 208) “i modelli alimentari sani appresi nell'infanzia e nell'adolescenza promuovono una salute, una crescita ed uno sviluppo intellettuale ottimali; prevengono problemi sanitari immediati, quali anemia sideropenica, obesità, disordini alimentari e carie dentaria e possono prevenire problemi sanitari a lungo termine, quali cardiopatia ischemica, cancro e ictus cerebrale”.

L'urgenza di tale questione investe la scuola italiana, come dimostra la scelta di dedicare una tra le tracce della prima prova scritta dell'esame di stato del 2012 per gli studenti delle scuole secondarie superiori all'argomento “Siamo quello che mangiamo?” – stimolando negli esaminandi una riflessione critica sul valore del cibo e chiamando in causa le malattie legate ad un'alimentazione scorretta, i consigli di salute veicolati dalla piramide alimentare, le modalità di produzione agricola e i fattori legati alle abitudini dei consumi alimentari (MIUR, 2012) – presumibilmente conseguente alla piena assunzione del problema evolutivo della sana alimentazione da parte del Ministero italiano dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, affrontato con l'emanazione delle *Linee guida per l'educazione alimentare nella scuola* (MIUR, 2011), in cui viene ribadita l'importanza di sviluppare in ambito scolastico attività interdisciplinari sulla corretta nutrizione, che coinvolgano anche le famiglie e le istituzioni locali e che si svolgano con l'utilizzo dei media e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Numerose ricerche dimostrano infatti che i messaggi mediatici costituiscono uno tra i fattori ambientali che esercitano maggiore influenza sui comportamenti di salute delle giovani generazioni (Signorelli, 1993; Brown & Walsh-Childers, 2002; Finnegan & Viswanath, 2008; Strasburger et al., 2010, 2012; Witchell & Sheeshka, 2011); in particolare il report della WHO e della FAO *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases* (2003) pone la pubblicità di alimenti ad alta densità calorica tra le

cause ‘probabili’ dell’obesità, invitando gli Stati membri a considerarlo un settore su cui intervenire. E, a questo proposito, va ricordato che in Italia la televisione continua ad essere il medium maggiormente fruito dai bambini (Eurispes & Telefono Azzurro, 2009), indotti a consumare i cibi pubblicizzati dagli spot, sempre più ad alto potere calorico (Pira & Marrali, 2007).

Per far fronte a tale situazione, l’educazione mediale – definita come la “capacità di comprendere e valutare criticamente diversi aspetti relativi ai media e ai contenuti da essi veicolati e capacità di creare messaggi mediali in diversi contesti” (Commissione Europea, 2007b) – viene raccomandata sia in ambito nazionale che internazionale (MIUR, 2011; Parlamento Europeo, 2007; Academy of Pediatrics, 2010), come approccio idoneo per affrontare con bambini e ragazzi le questioni legate agli stili di vita sani, di cui fa parte anche una corretta nutrizione e su cui i media hanno notevole influenza. Varie ricerche dimostrano infatti che più alto è il livello di alfabetizzazione mediale del bambino, minore è la sua predisposizione a farsi influenzare dalla pubblicità (Livingstone & Helsper, 2006); inoltre l’educazione mediale favorisce sia lo sviluppo del pensiero critico e l’acquisizione di capacità espressive e collaborative utili per adottare scelte di salute più consapevoli (Lopez, 2004; Martens, 2010), sia l’apprendimento situato, che permette di affrontare quel gap tra “pensiero” (conoscenza e concezioni) e “azione” (comportamento), che è necessario colmare perché l’intervento di educazione a uno stile di vita sano risulti efficace (Petrillo & Caso, 2008; Pieter et al., 2010).

L’ambito di studi che coniuga l’educazione mediale e la promozione della salute è denominato *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008) e raccoglie ricerche che indagano, da un lato, la relazione tra competenze mediali e comportamenti di salute di bambini e adolescenti e, dall’altro, lo sviluppo e l’efficacia di interventi che promuovano l’adozione di stili di vita salutari attraverso laboratori di letto-scrittura mediale, affrontando un ampio spettro di tematiche, che vanno dall’uso di tabacco all’abuso di alcol, dai disordini alimentari alla sana alimentazione, fino ad argomenti più specifici come la sessualità e la violenza. Si tratta tuttavia di un settore ancora agli albori e, pertanto, vengono auspicate nuove ricerche che indaghino sullo sviluppo e sull’efficacia di interventi di educazione mediale per la promozione della salute in tutti gli ambiti in cui essi possano essere svolti (Bergsma & Ferris, 2011). L’*International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity*, tra i più importanti organismi a livello mondiale che si occupano di educazione alla salute, ha dedicato varie sessioni del “2012 Annual Meeting of the Isbnpa” (23-26 maggio 2012, Austin - Texas, Usa) all’influenza dei media sull’alimentazione dei bambini e alla presentazione di ricerche che abbiano adottato l’approccio dell’educazione mediale per interventi finalizzati a prevenire l’obesità, favorendo così il confronto tra studiosi della comunità scientifica internazionale su tali questioni, considerate prioritarie.

Riferendosi al campo della *Health promoting media literacy education* e indagando il tema della sana alimentazione dei bambini all’interno dell’area problematica dell’obesità, la presente ricerca è stata mossa da questo interrogativo: “l’educazione

mediale può favorire la promozione della salute?”. A tale interrogativo si è cercato di rispondere sviluppando e valutando l’efficacia di un intervento di educazione mediale rivolto alla sana alimentazione e teso a promuovere nei bambini il consumo di frutta e verdura, portandoli a riflettere sull’importanza di una sana alimentazione, nonché ad acquisire nuove abilità di analisi critica per l’interpretazione delle pubblicità a loro rivolte, con lo scopo ultimo di contribuire alla prevenzione dell’obesità.

I fondamenti teorici degli ambiti di studio inerenti alla promozione della salute, all’educazione mediale e all’*Health promoting media literacy education* sono affrontati nel primo capitolo. Il concetto di salute si è evoluto nel tempo sostanzialmente con il passaggio dal modello bio-medico, che definisce lo stato di salute come mera assenza di malattia, demandando a cause strettamente fisiologiche l’insorgenza di qualsiasi tipo di patologia, al modello bio-psico-sociale, il quale riconosce alle condizioni sociali e ambientali, oltre che a fattori individuali di tipo fisiologico ma anche socio-cognitivo ed emotivo, lo status di determinanti delle condizioni di salute. Il documento fondamentale per la formalizzazione di questo passaggio a livello internazionale è la *Carta di Ottawa* (WHO, 1986), in cui la promozione della salute viene definita come “il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per esercitare il controllo delle determinanti della salute e quindi di migliorarle”, considerando tali determinanti secondo un approccio che Petrillo e Caso (2008) chiamano “olistico”, trattandosi di fattori che mirano al benessere psicofisico, mentale e sociale complessivo dell’essere umano. Di pari passo si è evoluta quindi anche l’educazione alla salute, che è transitata da un modello basato sulla mera trasmissione di informazioni da parte del medico al paziente, considerato soggetto ‘passivo’, ad un modello pedagogico “il cui impegno è rivolto all’approfondimento delle riflessioni e degli strumenti fondamentali che consentono alle persone di progettare e realizzare il proprio stile ottimale di vita in termini di benessere emotivo, fisico, sociale e intellettuale, sostenendole nella ricerca del raggiungimento delle migliori condizioni di salute lungo le diverse età della vita” (Dovigo, 2009, pp. 15-16). Le teorie di riferimento per la promozione della salute nel suo approccio bio-psico-sociale sono numerose e tentano di sviluppare modelli che stabiliscono relazioni tra determinanti di tipo individuale (ad esempio, autostima, autoefficacia, atteggiamenti, motivazione, conoscenze) o di tipo interpersonale e ambientale (ad esempio, supporto sociale, rinforzi, caratteristiche ambientali), e i comportamenti di salute. Tra le teorie che indagano i fattori agenti sul comportamento a livello individuale nel primo capitolo vengono illustrate: il *modello delle credenze della salute* (Hochbaum, 1956; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), la *teoria del comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986), la *teoria della motivazione a proteggersi* (Rogers, 1975; Prentice Dunn e Rogers, 1986), il *modello transteoretico* (Prochaska & Di Clemente, 1983), il *modello processuale dell’adozione di precauzioni* (Westein & Sandman, 1992) e la *teoria dell’azione rilevante per la salute* (Schwarzer, 1992; 1999). Mentre, tra i modelli che raccolgono le determinanti di salute a livello interpersonale, spicca la *teoria socio-cognitiva* di Bandura (1986), che costituisce il riferimento per la maggior parte delle ricerche sulla promozione della salute (Glanz et al., 2008), mentre nell’ambito degli approcci dell’educazione alla salute, quello basato sull’empowerment risulta il

maggiormente utilizzato ed efficace (Zani & Cicognani, 2000; Lopez, 2004; Dovigo, 2009).

Per quanto riguarda invece l'educazione mediale, i riferimenti teorici principali per la nostra ricerca pertengono al filone dei *cultural studies*, relativamente al rapporto tra i media e la società, alla semiotica, relativamente all'analisi dei generi, dei codici, dei linguaggi e dei processi comunicativi sottostanti un testo mediale, e ad autori quali Freinet (1949) e Freire (1970; 1972) per i fondamenti pedagogici sulle *buone pratiche*, nella prospettiva di un'educazione *attraverso* i media (Galliani, 2002a). I due principali approcci metodologici approfonditi sono: l'approccio *critical* (Masterman, 1994), finalizzato, in sintesi, allo sviluppo del pensiero critico attraverso un'analisi riflessiva sui messaggi medialità (linguaggio, contenuti, finalità), e l'approccio *production* (Buckingham, 2003), che prevede la realizzazione di messaggi medialità dopo una fase "critical", considerando l'educazione mediale come un "processo di insegnamento e apprendimento centrato sui media [...] che si propone dunque di sviluppare sia una comprensione critica che una partecipazione attiva. Consente ai ragazzi di interpretare e dare giudizi consapevoli come consumatori dei media; ma li rende anche capaci di diventare loro stessi, a pieno titolo, produttori di media" (Buckingham, 2003, p. 22).

L'approccio *production* è raccomandato da diverso tempo in tutti gli ambiti educativo-formativi (Galliani, 1988; 2002a), compreso quello della promozione della salute attraverso l'educazione mediale (Croghan et al., 2004; Gonzales et al., 2004; Evans et al., 2006; Banerjee & Greene, 2006, 2007; Tanner et al., 2008) poiché: favorisce l'interazione tra "conoscenza scientifica" e "conoscenza di senso comune", fatta di immagini ed esperienze (Alvermann & Hagood, 2000; Goodson & Norton-Meier, 2003); valorizza la dimensione del "saper fare" che integra la sfera del "sapere" e arricchisce quella del "saper essere" (Ardizzone & Rivoltella, 2008); stimola l'apprendimento collaborativo (Jonassen, 1995), attraverso la co-costruzione del testo mediale; facilita il processo di interiorizzazione delle informazioni e favorisce la condivisione di punti di vista differenti relativi alle stesse tematiche (Messina & Grassi, 2011). La produzione di messaggi medialità, inoltre, non solo sviluppa la competenza comunicativa, ma stimola il coinvolgimento diretto nel processo creativo, portando ad una "assunzione in proprio" della problematica trattata (Burn & Durran, 2007; Messina, 2004).

Importanti organismi internazionali, come l'Unesco (2002) e la Commissione Europea (2009), caldeggiando l'educazione mediale in tutti i contesti e a tutte le età, con particolare attenzione all'ambito scolastico, dove l'attività laboratoriale di *letto-scrittura* mediale favorisce il superamento delle "tre chiusure di significato della scuola nei confronti dei ragazzi: la monomedialità comunicativa, l'atemporalità dei saperi e la socializzazione protetta" (Galliani 2004, p. 16).

E proprio a scuola si svolgono anche la maggior parte degli interventi nell'ambito della *Health promoting media literacy education* (Livingstone & Helsper 2004; Mendoza, 2007; Bergsma & Carney, 2008; Rosenbaum et al., 2008; Martens, 2010; Academy of Pediatrics, 2010; Jeong et al., 2012), poiché, come più volte sottolineato anche dalla letteratura italiana sulla promozione della salute (Pellai & Marzorati, 2001,

Ghedin 2004, Guarino, 2008, Petrillo & Caso 2008, Dovigo, 2009), la scuola è il luogo in cui i soggetti, dall'età infantile fino all'età adulta, sviluppano la propria personalità, attraverso l'acquisizione di conoscenze, la sperimentazione di nuove e diverse relazioni, la costruzione del proprio universo di valori.

Tra le ricerche esaminate, la maggior parte indaga l'efficacia degli interventi di educazione mediale, sia, e prevalentemente, con approccio *critical* sia con approccio *production*, rivolti a bambini dai 7 anni agli 11 anni e basati sulle principali tematiche di salute: assunzione di alcol, fumo di tabacco, disordini alimentari, sana alimentazione, ma anche sessualità e violenza. Alcune ricerche nell'ambito dell'educazione alla sana alimentazione hanno coinvolto anche gli adulti, in particolare genitori (Evans et al., 2006; Hindin et al., 2004; Tanner et al., 2006) e insegnanti (Kafatos et al., 2004), evidenziando l'importanza del ruolo delle figure di riferimento per i bambini (ovvero genitori e insegnanti) in relazione alla loro nutrizione (Teufel et al., 1999).

Da un punto di vista metodologico, tali ricerche utilizzano in modo preminente il disegno quasi-sperimentale (con o senza gruppo di controllo), per valutare se, in seguito all'intervento, vi siano cambiamenti nel comportamento e/o nelle variabili psicosociali indagate, tra cui, ad esempio, autoefficacia, supporto sociale, atteggiamenti, conoscenze e credenze, intenzioni, e/o nei fattori ambientali considerati influenti per le scelte di salute, come, ad esempio, la disponibilità o meno di determinati cibi a casa. Altre ricerche aggiungono anche una componente qualitativa allo studio (principalmente focus group o interviste), per approfondire con i partecipanti all'intervento i temi relativi all'educazione mediale e alla salute (Evans et al., 2006; Moore et al., 2000; Tanner et al., 2008).

Gli interventi previsti nell'ambito della *Health promoting media literacy education* sono indirizzati alla prevenzione di comportamenti a rischio, piuttosto che alla modifica di stili di vita non sani e, dai risultati emersi, si può evincere come tutti gli interventi analizzati abbiano ottenuto conferma almeno di una delle ipotesi relative al cambiamento di variabili psicosociali, o di fattori ambientali o del comportamento stesso, portando a considerare l'educazione mediale un approccio promettente per la promozione della salute.

Il primo modello teorico integrato, che si propone di coniugare le teorie della promozione della salute con quelle dell'educazione mediale, è stato sviluppato da Bergsma e Ferris (2011), attraverso l'analisi dei framework maggiormente utilizzati nelle ricerche che si riferiscono all'ambito della *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008; Bergsma & Ferris, 2011). Secondo Bergsma e Ferris (2011), per quanto riguarda le teorie della promozione della salute, quelle maggiormente ricorrenti sono la *Teoria del comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986) e la *Teoria socio-cognitiva* (Bandura, 1986). Dalla *Teoria del comportamento pianificato*, Bergsma e Ferris (2011) hanno tratto, per il loro modello teorico integrato, i costrutti relativi a: atteggiamenti, intenzioni di comportamento, credenze normative e autoefficacia. Mentre della *Teoria socio-cognitiva* sono stati compresi nel framework della *Health promoting media literacy education* i costrutti di: aspettative, autoefficacia, capacità di azione, rinforzo, apprendimento per osservazione

e determinismo reciproco. Inoltre, sono stati inclusi anche quattro costrutti afferenti all'ambito dell'educazione mediale per la promozione della salute: l'empowerment, le conoscenze sulla salute e sui media (*knowledge about media and health issue*), l'abito mentale verso la ricerca (*habits of inquiry*), e l'abilità di analisi critica e di espressione (*critical analysis and expression skills*).

A tale modello teorico ha fatto riferimento anche la nostra ricerca, descritta nel secondo capitolo della tesi e sviluppata nel solco degli studi di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008), tra loro collegati, volti a indagare l'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *production* che ha coinvolto bambini e genitori e ha riguardato la promozione della sana alimentazione. Durante l'intervento, i bambini partecipanti, tra i 9 e gli 11 anni, hanno acquisito conoscenze sulla nutrizione, sul ruolo giocato dai media, e in particolare dalla pubblicità, nel trasmettere i valori legati ai prodotti alimentari, e hanno sviluppato una campagna mediale rivolta ai loro genitori per promuovere il consumo di frutta e verdura. La ricerca di Evans e colleghi (2006) si è avvalsa del disegno quasi-sperimentale con due gruppi, il gruppo "intervento" e il gruppo di controllo, e con pre e post test per misurare: alcune variabili psicosociali (motivazione, supporto genitoriale percepito ed autoefficacia dei bambini nei confronti del consumo di frutta e verdura; motivazione e supporto dichiarato dei genitori riguardo al consumo di frutta e verdura da parte dei figli); una variabile di tipo ambientale, ovvero la disponibilità di frutta e verdura a casa; il comportamento alimentare dei bambini in termini di assunzione di frutta e verdura. La ricerca di Tanner e colleghi (2008) è invece centrata su un focus group realizzato dopo la conclusione dell'intervento con i bambini che vi hanno preso parte, per indagare sostanzialmente le conoscenze da loro acquisite riguardo sia alla sana alimentazione sia alle strategie comunicative dei prodotti mediali. Le due ricerche hanno prodotto come principali risultati, da un lato, la rilevazione dell'effetto dell'intervento sulla modifica dell'ambiente nutrizionale domestico (dove è stato registrato un aumento della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura) (Evans et al., 2006), e, dall'altro, l'emergere nei bambini di una nuova consapevolezza sull'importanza di una sana alimentazione, nonché l'acquisizione da parte dei bambini stessi di nuove abilità di analisi critica per l'interpretazione delle pubblicità a loro rivolte (Tanner et al., 2008).

Tali ricerche, da un punto di vista educativo e d'interesse sociale, coniugano tre aspetti fondamentali: si inseriscono nell'area problematica della corretta nutrizione, e in particolare del consumo di frutta e verdura, per prevenire l'obesità; si basano sull'approccio *production* dell'educazione mediale; contemplano anche il coinvolgimento dei genitori in un intervento rivolto ai bambini. Inoltre, l'intervento proposto è stato centrato sulla pubblicità, che, come abbiamo visto, risulta essere il prodotto mediale con maggior incidenza sulle scelte alimentari dei bambini (Livingstone & Helsper, 2006).

I due studi appena citati sono apparsi quelli maggiormente adeguati allo sviluppo dell'*Health promoting media literacy education* nel contesto italiano e, per tale motivo, si è scelto di configurare la presente ricerca sulla base dei risultati prodotti da tali studi, coinvolgendo direttamente la Professoressa Alexandra Evans, attualmente docente

presso la School of Public Health della University of Texas – USA, nella elaborazione del progetto della nostra ricerca, così come nell'analisi dei dati e nella discussione dei risultati.

In ambito nazionale invece, l'antecedente principale per questo studio è rappresentato dal progetto triennale “Cibo intelligente” (2008-2010), sviluppato da uno staff scientifico dell'Università di Padova, coordinato dalla Professoressa Laura Messina, docente di educazione mediale presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), in convenzione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie e con la Regione Veneto, nell'ambito del più ampio programma “Alimentinsalute” (Mantovani et al., 2010). “Cibo intelligente” ha coinvolto insegnanti e alunni delle Scuole Primarie e Secondarie di Primo Grado del Veneto in interventi di educazione mediale con approccio *production* centrati sui temi della corretta nutrizione, facendo emergere la necessità di iniziative educative legate sia alla sana alimentazione sia ai linguaggi mediali, in un territorio regionale dove il 7% dei bambini tra i 7 e i 10 anni è obeso e il 21% in sovrappeso, per un totale del 28% in eccesso ponderale (Ministero della Salute, 2010).

Alla luce di tali presupposti, l'obiettivo principale della nostra ricerca, presentata nel secondo capitolo, è consistito nello sviluppo e nella valutazione dell'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *production* per bambini di 10 anni e i loro genitori, finalizzato ad incentivare il consumo di frutta e verdura da parte dei minori partecipanti, con lo scopo ultimo di contribuire a prevenire l'obesità. La ricerca si avvale di un metodo misto quanti-qualitativo e consiste in due studi. Lo studio quantitativo con disegno quasi-sperimentale a due gruppi – un gruppo intervento (27 bambini e uno dei loro genitori, che sono stati coinvolti nell'intervento) e un gruppo di controllo (33 bambini e uno dei loro genitori) e con pre, post and delayed post test – è stato volto a rilevare il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini e la loro motivazione, autoefficacia e supporto genitoriale percepito in relazione al loro consumo di frutta e verdura; la motivazione dei genitori verso una sana alimentazione, il loro supporto ai figli per un maggior consumo di frutta e verdura e la disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa. Lo studio qualitativo ha coinvolto i bambini del gruppo intervento, i quali, suddivisi in 3 sottogruppi, hanno partecipato a un focus group (dopo la conclusione dell'intervento) sulle loro conoscenze e concezioni inerenti a salute e media, cambiamento di comportamento alimentare, intenzioni di comportamento verso un maggior consumo di frutta e verdura, percezioni relative a rinforzi e ostacoli riguardo al consumo di frutta e verdura, abilità di analisi critica e di espressione in relazione ai prodotti mediali, opinioni sull'intervento.

Per la partecipazione alla ricerca sono stati selezionati quattro gruppi-classe di Scuola Primaria, in base ai seguenti criteri: territorialità, ovvero le classi dovevano appartenere al comune di Treviso (poiché la ricerca si è avvalsa della collaborazione di una pediatra, Dott.ssa Marina Mariot, e di una dietista, Dott.ssa Simona Dalla Pria, della Ulss 9 – Treviso); analogo background rispetto ad attività di promozione della salute svolte in ambito scolastico, ovvero nessuna delle classi coinvolte avrebbe dovuto avere esperienze strutturate pregresse di educazione alla sana alimentazione e in

particolare al consumo di frutta e verdura; caratteristiche socio-economiche simili; stesso numero di rientri pomeridiani, equivalente allo stesso numero di pasti settimanali consumati presso la mensa scolastica; disponibilità dei dirigenti scolastici ad individuare 4 classi quinte appartenenti a 4 scuole diverse (per evitare comunicazioni tra bambini e genitori delle diverse classi coinvolte).

L'intervento è consistito in 12 sessioni da due ore ciascuna, condotte da un educatore mediale (dottoranda) e dall'esperto di alimentazione della Ulss 9 di Treviso (Dott.ssa Simona Dalla Pria), durante l'orario scolastico, nell'arco di 10 settimane, ed è stato sviluppato in tre fasi: formazione alla sana nutrizione; alfabetizzazione al linguaggio mediale pubblicitario; elaborazione di una campagna di comunicazione da parte dei bambini, indirizzata ai loro genitori per la promozione del consumo di frutta e verdura attraverso un'affiche, sei newsletter settimanali e uno spot per la televisione.

La raccolta dei dati ha previsto la somministrazione del pre-test, post-test and delayed post-test rispettivamente: una settimana prima dell'inizio dell'intervento, una settimana dopo la sua conclusione e a tre mesi dalla sua conclusione. I bambini hanno compilato i test in classe mentre i genitori durante tre incontri organizzati appositamente per raccogliere i loro dati. Tutti i questionari compilati dai partecipanti erano composti da scale validate, negli Stati Uniti o in Europa, in lingua inglese, e adattate al contesto italiano appositamente per questa ricerca.

L'analisi dei dati quantitativi, condotta con software SPSS versione 19, ha incluso statistiche descrittive, analisi fattoriale e alfa di Cronbach per ciascuna scala; per misurare l'effetto dell'intervento su ciascuna delle variabili oggetto d'indagine è stata calcolata la differenza tra post e pre test e tra delayed post e pre test di ciascuna scala, ed è stata effettuata l'analisi del T-test per campioni indipendenti per esaminare la differenza tra i 2 gruppi di bambini e genitori (gruppo intervento e gruppo controllo); è stata inoltre effettuata l'analisi della regressione gerarchica multipla con metodo stepwise per valutare l'esistenza di relazioni significative tra tutte le variabili psicosociali indagate (relative sia ai bambini che ai genitori), la disponibilità e l'accessibilità di frutta e verdura a casa e il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini (considerando il pre-test di tutti i partecipanti insieme, senza una distinzione nei due gruppi).

I focus group sono stati condotti due settimane dopo la conclusione dell'intervento. L'analisi dei dati, condotta con software Atlas.ti versione 5, ha incluso: l'analisi del contenuto per la determinazione delle famiglie di codici e l'analisi delle co-occorrenze per investigare le relazioni tra le famiglie di codici rilevate.

I risultati del T-test sulle variabili relative ai bambini hanno indicato un effetto significativo dell'intervento ($p < .05$) riguardo a: consumo di frutta e verdura, motivazione, autoefficacia, supporto genitoriale percepito strumentale-informazioni e supporto genitoriale percepito emotivo-positivo sia ad una settimana dalla fine dell'intervento, sia dopo tre mesi dalla sua conclusione. Il T-test relativo al supporto genitoriale percepito strumentale-azioni ha riportato invece un effetto significativo dell'intervento soltanto ad una settimana dalla sua conclusione, mentre il T-test relativo al supporto genitoriale percepito emotivo-negativo non ha riportato effetti significativi

dell'intervento. Per quanto riguarda invece i risultati del T-test sulle variabili relative ai genitori si riscontra un effetto significativo dell'intervento ($p < .05$) soltanto sul supporto emotivo-modeling negativo, dopo tre mesi dalla sua conclusione.

L'analisi della regressione gerarchica multipla con metodo stepwise ha rilevato l'esistenza di una relazione significativa tra il consumo di frutta e di verdura da parte dei bambini e le variabili psicosociali: supporto genitoriale percepito dai bambini strumentale-azioni, supporto dichiarato dai genitori strumentale-azioni, supporto dichiarato dai genitori strumentale-informazioni, supporto dichiarato dai genitori emotivo-modeling negativo.

L'intervento è stato maggiormente efficace per i bambini rispetto ai genitori probabilmente perché i bambini sono stati il target diretto dell'intervento, mentre i genitori vi hanno preso parte solo indirettamente (sono stati esposti alla campagna mediale dei bambini); inoltre i genitori hanno riportato punteggi molto alti al pre-test, rendendo poco probabile il raggiungimento di un incremento statisticamente significativo al post-test e al delayed post-test.

In ogni caso, riteniamo che il coinvolgimento dei genitori sia stato importante per il cambiamento del comportamento alimentare dei bambini, poiché alcune sottoscale del supporto genitoriale percepito dai bambini e del supporto genitoriale dichiarato dai genitori sono risultate in relazione con il consumo di frutta e di verdura da parte dei bambini, e l'incremento del supporto genitoriale percepito (dai bambini) – strumentale-informazioni e emotivo-positivo – ha mantenuto la sua significatività sia al post-test sia al delayed post-test.

L'analisi del contenuto dei focus group ha fornito una chiave interpretativa per comprendere meglio i risultati quantitativi, poiché mentre quest'ultimi dimostrano quali tipi di effetti (attraverso il cambiamento delle variabili indagate) ha avuto l'intervento, i dati qualitativi svelano in che modo l'intervento li ha prodotti. I bambini, durante il focus group, per esempio, hanno riportato, riguardo al loro comportamento, che in seguito all'intervento: hanno iniziato a mangiare più frutta e verdura e meno cibo spazzatura, hanno cambiato preferenza riguardo a frutti che prima non mangiavano perché non ne apprezzavano il gusto, hanno adottato l'abitudine di mangiare frutta prima di fare sport, hanno imparato come seguire una sana alimentazione, hanno iniziato a chiedere ai genitori di comprare più frutta e verdura. Tra le affermazioni relative al loro comportamento sono risultate inoltre particolarmente significative quelle relative al fatto che durante e dopo l'intervento i bambini stessi si sono fatti promotori di una corretta alimentazione offrendo frutta e verdura e incoraggiando gli altri a mangiare cibi sani. I bambini hanno anche appreso conoscenze sulla salute e sui media in linea con i valori relativi ai sani stili di vita, condivisi con loro durante l'intervento. Riguardo alle opinioni sull'intervento, i partecipanti ne hanno apprezzato soprattutto la parte laboratoriale poiché hanno potuto realizzare diversi tipi di prodotti mediali. I bambini infine hanno saputo esprimere, durante il focus group, le più importanti abilità di analisi critica e di espressione che avevano imparato durante l'intervento.

Dall'analisi delle co-occorrenze è risultato che l'abilità di espressione – una delle principali abilità stimulate dall'educazione mediale (approccio *production*) – risulta al

centro delle relazioni tra la maggior parte dei costrutti teorici indagati, poiché essa co-occorre con: conoscenze e concezioni sulla salute, conoscenze e concezioni sui media, abilità di analisi critica, aspetti positivi dell'intervento, cambiamento di comportamento. L'analisi del focus group conferma i risultati dell'analisi dei dati quantitativi, fornendo ulteriori elementi per la loro interpretazione, e l'efficacia dell'educazione mediale per la promozione della salute.

A riflessioni e considerazioni sui risultati e sui limiti della ricerca, nonché sui suoi possibili sviluppi futuri è dedicato l'ultimo capitolo di questo lavoro. I risultati della ricerca, in parte, avvalorano quanto già dimostrato dalla letteratura di riferimento, ovvero che l'intervento di educazione mediale - *production* è un efficace approccio per affrontare il problema evolutivo della sana alimentazione, riferita al consumo di frutta e verdura; in parte, forniscono acquisizioni nuove, rispetto alla letteratura di riferimento, riguardanti gli aspetti prettamente pedagogici dell'indagine e consistenti nell'individuazione dell'incidenza del fattore *abilità di espressione* sull'efficacia dell'intervento stesso – rispondendo peraltro in tal modo alle raccomandazioni che la letteratura di riferimento indica per lo sviluppo del settore di ricerca *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008; Bergsma & Ferris, 2011).

Lo studio presenta comunque dei limiti: l'esiguo numero di partecipanti non permette una generalizzazione dei risultati ottenuti, i test sono stati auto-compilati dai partecipanti con il possibile verificarsi del bias della desiderabilità sociale, l'ultima rilevazione di dati è stata effettuata a 3 mesi dalla conclusione dell'intervento, quindi non è possibile stabilire se i risultati ottenuti si siano mantenuti anche su periodi più lunghi. Pertanto tra le raccomandazioni per gli sviluppi futuri della ricerca figura la riproposizione dell'intervento con un maggior numero di classi da parte della Ulss 9-Treviso, nonché la formazione degli insegnanti perché possano proporre l'intervento nelle loro classi autonomamente, ed infine la validazione delle scale adattate in lingua italiana per questo studio.

La realizzazione della ricerca ha permesso anche il raggiungimento di ulteriori risultati, tra cui la collaborazione tra la dottoranda e il supervisore e lo staff scientifico della Prof.ssa Alexandra Evans, della School of Public Health - University of Texas, e la creazione di una rete sul territorio per la realizzazione dell'intervento di educazione mediale per la promozione del consumo di frutta e verdura, attraverso la collaborazione del Dipartimento di Prevenzione della Ulss 9 - Treviso, dell'azienda OPO Veneto - Organizzazione Produttori Ortofrutticoli di Zero Branco (TV), e di 4 Istituti comprensivi (Oderzo, Fontanelle, Treviso - "Serena" e Treviso - "Stefanini").

Infine, l'auspicio è quello di aver contribuito, con la nostra ricerca, al dialogo tra medicina e pedagogia, poiché, oltre alle specificità dei rispettivi ambiti, "entrambe queste scienze (entrambi questi saperi)" trovano "il motivo principale del loro stesso costituirsi nell'esplicito desiderio di aiutare l'uomo, inteso come singolo e come gruppo, a migliorare in concreto la sua qualità della vita" (Bertolini, 2005, p. 223).

Capitolo 1. Promozione della salute ed educazione mediale: presupposti teorici, approcci metodologici e prospettive di ricerca

1.1. Promozione della salute

La promozione della salute costituisce oggi un tema prioritario di dibattito a livello internazionale, e gli interventi educativi rivolti soprattutto alle giovani generazioni e orientati a favorire un sano stile di vita vengono considerati una strategia efficace per la prevenzione di malattie cronico-degenerative e conseguenti disagi psicologici, contribuendo in modo significativo alla diffusione di un più ampio stato di benessere nella popolazione.

Tra le problematiche emergenti più diffuse, su cui si stanno concentrando le politiche istituzionali, sanitarie, sociali ed educative dell'Unione Europea e dello Stato Italiano, figura l'obesità, una patologia in continuo aumento soprattutto nei bambini. Dal Libro Bianco *Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità* (Commissione Europea, 2007a) alle *Linee guida per l'educazione alimentare nella Scuola italiana* (MIUR, 2011), l'obiettivo è sempre lo stesso: prevenire l'obesità attraverso l'implementazione in ambito scolastico ed extrascolastico di attività legate ad una corretta nutrizione, nella più ampia cornice della promozione di comportamenti salutari (come ad esempio svolgere attività fisica, diminuire il consumo di cibi spazzatura, non fare abuso di alcol, non fumare, ecc...).

L'educazione a un sano stile di vita diventa parte integrante degli approcci di promozione della salute nel momento in cui si è passati da un modello bio-medico, che definiva lo stato di salute, sotto un profilo prettamente clinico, come "assenza di malattia", ad un approccio bio-psico-sociale, che contempla anche fattori psicologici, sociali e culturali, oltre a quelli fisiologici, per la determinazione di un più ampio concetto di ben-essere. Tale passaggio viene sancito a livello internazionale con la *Carta di Ottawa* (WHO, 1986), emanata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce la salute come "misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni, e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo", e la promozione della salute come "il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per esercitare il controllo delle determinanti della salute e quindi di migliorarle"; considerando tali determinanti secondo un approccio che Petrillo e Caso (2008) chiamano "olistico", trattandosi di fattori che mirano al benessere psicofisico, mentale e sociale complessivo dell'essere umano.

A seconda delle diverse prospettive, le determinanti della salute vengono declinate in vario modo: da quelle che incidono sul ben-essere soggettivo, come salute fisica, reddito, personalità, rapporto con i contesti esterni, influenze biologiche, influenze della cultura (Ghedin, 2004), a quelle che si rifanno al paradigma psicologico, come le credenze normative, le aspettative, le percezioni del rischio, il *locus of control*, l'autoefficacia, il *coping* (Guarino, 2008), a quelle che, secondo Dovigo (2009), sono

proprie della pedagogia della salute, come le life skills, l'autostima, la motivazione o ancora l'autoefficacia.

Tra le teorie di riferimento per la promozione della salute emergono quella sull'*Autoefficacia* di Bandura (1986; 1997) e la teoria di Freire sull'*empowerment* (1970). Alla teoria di Bandura si riconducono le ricerche sviluppate secondo l'approccio bio-psico-sociale, che sposano la tesi del "determinismo reciproco" tra le caratteristiche personali dell'individuo, il suo ambiente e il suo comportamento, ritenendo che le scelte individuali (tra cui anche le scelte "di salute") dipendano dalla valutazione della loro efficacia rispetto allo sviluppo di percorsi d'azione che consentano di affrontare le possibili situazioni a venire. La teoria dell'*empowerment* guida invece i modelli di pedagogia del benessere, il cui punto centrale è "l'interconnessione tra educazione e politiche pubbliche per la salute" (Dovigo, 2009, p. 73), ed è richiamata in diverse ricerche che, partendo dal pensiero di Freire, considerano l'*empowerment* come la capacità delle persone di acquisire maggior potere e controllo sulle scelte della propria vita, da cui si determinano in seguito, cambiamenti sociali.

1.1.1. L'evoluzione del concetto di salute: dal modello biomedico al modello bio-psico-sociale

Il termine "salute" deriva dal latino *salus - ūtis*, che significa incolumità, integrità, e viene definito oggi: "(lett.) salvezza, soprattutto come stato di benessere individuale e collettivo"¹. Dunque *salute* racchiude già nella sua radice etimologica un significato astratto e generale, ripreso dall'attuale definizione, che rinvia al paradigma interpretativo "olistico" (Petrillo & Caso, 2008; Dovigo, 2009) del *concetto di salute*, quale sistema di fattori che mirano al benessere psicofisico, mentale e sociale complessivo dell'essere umano (Lopez, 2004).

Tuttavia fino agli anni Cinquanta del secolo scorso l'approccio dominante è stato quello del *modello biomedico*, secondo cui la salute viene concepita come mera "assenza di malattia", e la malattia considerata esclusivamente come deviazione dalla norma di variabili biologiche misurabili, escludendo fattori comportamentali e problemi sociali o psicologici, in una visione dualistica "mente-corpo" (Muzzati, 2012). Tale modello è "strettamente incentrato su una visione meccanicistica del corpo, rappresentato come insieme di ingranaggi che cooperano nella direzione del buon funzionamento dell'organismo" (Strappa, 2007, p. 95).

Per comprendere le dinamiche di salute, "il sapere invocato come il più pertinente è quello biologico e clinico nel quadro di una impostazione organicistica" (Petrillo, 2006, p. 4), che si ispira ai seguenti principi: "i processi biologici sono separati da quelli psicosociali e sono gli unici responsabili della genesi di una malattia; il corpo è come una macchina e la malattia una disfunzione causata da un agente esterno; esistono

¹ Definizione tratta da "Il vocabolario Treccani", Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma 2006.

semplici e identificabili cause che hanno effetti patogeni; l'attenzione è focalizzata sugli stati patologici" (Pietrantonio, 2001, p. 8). Nel modello biomedico dunque prevale la convinzione che gli agenti patogeni siano di natura genetica o esterna e indipendenti dall'individuo e, essendo considerati gli unici responsabili del disfunzionamento del corpo attraverso la rottura di un equilibrio prettamente fisiologico, pongono l'essere umano come vittima della malattia, demandando completamente all'apparato sanitario la gestione del disagio e la cura (Ghedini, 2004).

Una prima importante critica alla concezione di salute esclusivamente in funzione della malattia, sostenuta dal modello biomedico, è risuonata a livello internazionale con l'istituzione della World Health Organization (Organizzazione Mondiale della Sanità) nel 1946. I 61 Stati aderenti hanno posto come primo principio della Carta Costituzionale una nuova definizione di *salute*: "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente assenza di malattia o infermità" (WHO, 1946). In questa prospettiva, lo scarto paradigmatico con l'approccio biomedico si fonda principalmente sulla concezione di un essere umano la cui esistenza e il cui benessere sono intessuti di tre dimensioni fondamentali: biologica, psicologica e sociale.

Oltre a tale cambiamento epistemologico dell'orizzonte di senso nel concetto di salute, a determinare la crisi e la conseguente necessità di superamento del modello biomedico hanno concorso anche altri importanti fattori di natura scientifica ed economica. Dal secondo dopoguerra ad oggi è avvenuta una "transizione epidemiologica" dalle malattie infettive, batteriche e virali alle malattie croniche, che ha fatto crescere enormemente la spesa pubblica per la sanità degli Stati occidentali e ha stimolato la ricerca verso le dinamiche comportamentali e sociali degli individui (Zani & Cicognani, 2000; Glanz et al., 2008). Non bastavano più infatti le risposte dell'approccio biomedico di fronte all'insorgenza di patologie cardiovascolari o malattie come il cancro, più propriamente attribuibili a comportamenti a rischio o a stili di vita non sani che a cause biologiche oggettivamente identificabili, e responsabili attualmente del 50% delle morti premature (Petrillo, 2006). L'irruzione di nuovi aspetti sociali e comportamentali, per lo più associati allo sviluppo delle società moderne e complesse e a processi di civilizzazione, che hanno portato forti impatti in termini di stress e consumismo sulle popolazioni (Pietrantonio, 2001; Zucconi & Howell, 2003), hanno reso necessario l'apporto delle scienze sociali, quali psicologia, sociologia, filosofia e pedagogia, alla ricerca sui temi di salute, affiancando le scienze mediche e biologiche (Turchi & Della Torre, 2007).

In questa prospettiva si può inquadrare la necessità di una visione olistica, sistemica e multicausale e la considerazione della salute secondo "un nuovo approccio che tenga conto: dell'interazione nella configurazione dello stato di salute e di malattia tra processi che agiscono a livello macro (come l'esistenza del sostegno sociale) e a livello micro (come squilibri a livello biochimico); della natura multifattoriale sia delle cause che agiscono sulla salute e sulla malattia, sia degli effetti che la salute e la malattia possono avere; della non distinguibilità della mente e del corpo nella influenza sulle condizioni di salute di un individuo; della considerazione che la salute è un obiettivo che deve essere perseguito positivamente, mediante una attenzione alle necessità di

ordine biologico, psicologico e sociale, e non come uno stato che deve solamente essere salvaguardato” (Braibanti & Zuino, 2007, pp. 7-8).

Tali principi stanno a fondamento del *modello bio-psico-sociale*, proposto dal Engel nel 1977, che considera la persona come la sintesi di sistemi biologici (organi, tessuti, cellule) e sistemi psicologici (cognitivo, emotivo, motivazionale), in relazione con il mondo creato da sistemi sociali (società, comunità, famiglia), intendendo questi “sistemi” come entità dinamiche in cui le componenti interagiscono reciprocamente e in continuità, influenzandosi e contribuendo alla formazione di un tutt’uno organico – come avviene secondo la “teoria generale di sistemi” di von Bertalanffy (1968).

Nel 1978 la WHO pubblica la *Dichiarazione di Alma Ata* in cui si ribadisce la definizione di salute come benessere globale, che diventa un diritto umano fondamentale: “il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario” (WHO, 1978). Tale documento di fatto riconosce che il benessere dell’individuo non risiede solo nel suo organismo con le sue funzionalità biologiche, ma dipende anche dalla relazione che ha con il proprio contesto sociale e ambientale; pertanto la salute in quanto diritto non può più essere garantita in modo esclusivo dal settore sanitario, ma gli Stati dovranno approntare politiche economiche e sociali per promuovere il suo continuo miglioramento.

La prima fase dello sviluppo dell’approccio bio-psico-sociale ha portato il focus sui comportamenti, evidenziando come i comportamenti personali possano avere un significativo effetto a breve o a lungo termine sulla salute. I comportamenti “protettivi o salutogeni” hanno l’effetto di mantenere o migliorare lo stato di salute, come l’alimentazione appropriata o l’attività fisica che aiutano l’organismo a ridurre condizioni di concausa del cancro o di malattie cardiovascolari. I comportamenti “a rischio o patogeni” hanno invece effetti dannosi per l’organismo, come ad esempio il fumo di sigaretta, che determina alterazioni biologiche nei polmoni e nel cuore tali da predisporre lo sviluppo di malattie (Pietrantonio, 2001).

Si è venuta sempre più affermando la consapevolezza che il controllo dei fattori di rischio comportamentale (vita sedentaria, dieta inadeguata, fumo, alcol, ecc...) renda possibile, nei Paesi economicamente sviluppati, la prevenzione di un’elevata percentuale (40-70%) di morti premature, di un terzo del totale delle situazioni di disabilità acuta e di due terzi delle disabilità croniche (McKenzie et al., 2012). Secondo i dati della WHO (2012b), l’86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici), che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali fumo di tabacco, obesità e sovrappeso, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue e ipertensione arteriosa.

Questo spostamento di attenzione ha fatto sì che le “pratiche di salute” virassero dalla cura della malattia alle strategie di sviluppo di comportamenti sani in favore del

benessere, in ciò sostenute da una nuova visione orientata alla *Promozione della salute*. Ancora una volta la WHO, nel 1986 con la *Carta di Ottawa*, presenta una definizione universalmente accettata: “La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l’ambiente circostante o di farvi fronte” (WHO, 1986). Il documento sviluppa inoltre indicazioni e linee guida che ancora oggi costituiscono la base degli approcci di promozione della salute per gli Stati membri, come: costruire politiche pubbliche per la salute secondo criteri di equità per le popolazioni; creare ambienti favorevoli; stimolare le abilità personali; incentivare la partecipazione della comunità nel definire priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare le politiche di salute; riorientare il ruolo del servizio sanitario nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi.

In quest’ottica la salute è vista non più come uno stato, ma come un *processo* una sorta di *tensione* verso una condizione ottimale, raggiungibile sia attraverso il fronteggiamento delle minacce e degli ostacoli, sia mediante la costruzione di competenze e risorse e lo sviluppo personale e sociale (Cicognani, 2006). Per creare le condizioni di salute non basta più quindi eliminare i fattori di rischio, migliorando ad esempio il livello d’igiene della popolazione o incentivando lo screening preventivo per l’individuazione precoce delle malattie, ma è necessario approdare ad un concetto di “promozione della salute” come potenziamento delle capacità delle persone di far fronte ai rischi per la propria salute e di costruire attivamente e consapevolmente contesti di vita sani (Braibanti, 2002). Si riconosce pertanto la centralità della persona di fronte alle scelte di salute e si valorizzano le sue possibilità decisionali sia rispetto ai comportamenti individuali sia rispetto alle azioni da intraprendere nella comunità. In questa prospettiva l’essere umano è considerato un soggetto “proattivo” piuttosto che “reattivo”, ovvero teso a migliorare le sue condizioni di salute e di vita e non solo ad evitare i danni (Pietrantonio, 2001). In particolare, “la promozione della salute viene identificata come un processo diretto a migliorare la capacità delle persone di controllare le determinanti di salute (cognizioni, atteggiamenti, motivazioni, che spingono una persona ad adottare comportamenti salutari o a rischio)” (Ghedini 2004, p. 15)².

Un importante aspetto di queste definizioni è il riferimento al “controllo” del proprio benessere, che chiama in causa il concetto di *responsabilità*, storicamente imputato alla medicina e agli operatori sanitari, e ricondotto ora alla persona stessa, richiamata al diritto-dovere di farsi carico della sua salute, cercando il supporto e l’aiuto della componente medica ma senza delegarvi completamente (Zucconi & Howell, 2003). Quindi la salute per l’individuo non dovrebbe essere considerata solo un obiettivo, ma una risorsa da vivere giorno per giorno, facendo appello alle proprie capacità personali. Tuttavia la responsabilità individuale nella gestione della salute non va sovrastimata né

² La trattazione delle determinanti di salute è oggetto del paragrafo 1.1.2.

assolutizzata, per non cadere in quel complesso di “colpevolizzazione della vittima”, derivante dal ritenere l’individuo l’*unico* responsabile delle proprie scelte, trascurando le dimensioni sociali e di contesto (come nel modello biomedico), ma piuttosto va considerata come la conseguenza di un percorso di consapevolezza, che porti le persone a scegliere volontariamente di adottare comportamenti di salute realizzando le proprie aspirazioni al benessere e il pieno sviluppo delle proprie potenzialità (Dovigo, 2009).

Nella *Carta di Ottawa* si sottolinea l’apporto cruciale dell’*Educazione alla salute* per la realizzazione degli obiettivi della *Promozione della salute*: “La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l’informazione e l’educazione alla salute e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti e di fare scelte favorevoli alla salute” (WHO, 1986). Successivamente, con il documento *Strategia della salute per tutti per il XXI secolo*, la WHO definisce i punti chiave e gli obiettivi della promozione della salute, da implementare e raggiungere entro il 2020. Tra questi, il 4° obiettivo è rivolto alla *Salute nei giovani*, dove viene specificato che “i bambini e gli adolescenti dovrebbero essere in grado di svolgere con più abilità i loro compiti e di avere la capacità di fare delle scelte più sane”, chiamando in causa nuovamente il ruolo dell’educazione alla salute (WHO, 1998).

L’educazione alla salute attualmente viene considerata, assieme alle politiche economiche, sociali, sanitarie e ambientali, una componente costitutiva della promozione della salute e ad essa significativamente interconnessa (McKenzie et al., 2012). Zani e Cicognani (2000, p. 180) la considerano uno dei fronti strategici della promozione della salute, il cui fine è “fornire alle persone conoscenze, atteggiamenti e abilità per prendere decisioni per migliorare la propria salute nell’ambito di una struttura sociale come la famiglia e la comunità”.

Come prassi e concettualmente, l’educazione alla salute precede la promozione della salute, sussistendo anche nel modello biomedico, con la funzione di pura trasmissione di informazioni e di indicazioni terapeutiche fornite dal medico al paziente per la sua fase di riabilitazione e per il mantenimento della propria salute una volta raggiunta la guarigione (*information giving approach*) (Guarino, 2008). Questo approccio adotta l’assunto che il miglioramento delle conoscenze sia di per sé l’unico possibile fattore di cambiamento dei comportamenti e considera le persone soggetti passivi, riceventi di informazioni “oggettive” da adottare in maniera acritica (Zani & Cicognani, 2000).

La stessa logica ha guidato anche le campagne di informazione a partire dai primi anni del Novecento, mirate ad incentivare comportamenti positivi per la salute e riguardanti l’igiene, la cura di sé, l’alimentazione e la prevenzione delle malattie, in cui l’educazione alla salute viene considerata come uno strumento di informazione e persuasione, finalizzata a trovare le modalità più efficaci per trasferire conoscenze a un pubblico di massa (Friedman & Cohen Silver, 2007). Tale approccio è stato utilizzato anche nell’ultimo ventennio per le vaste campagne di prevenzione dell’AIDS in Africa e in Asia (Malcom & Sowsett, 1998; Mishra, 2005), ma gli interventi educativi che ad esso si ispirano “presentano una serie di conseguenze negative, prima fra tutte un

atteggiamento colpevolizzante che non tiene conto dei fattori sociali, contestuali e politici che danno forma, vincolandole, alle scelte di salute”; inoltre “la delega agli esperti della competenza a decidere rispetto a campi dell’esperienza vitale che normalmente appartenerebbero all’individuo, alle famiglie e alle comunità porta ad erodere progressivamente la fiducia delle persone nella propria competenza ad assumersi la responsabilità delle scelte riguardanti la propria salute” (Dovigo, 2009, pp. 37-38).

Si tratta di una prospettiva “patogenica” dell’educazione alla salute, focalizzata sul disagio e sulla *prevenzione secondaria e terziaria* (di diagnosi e cura precoce prima dell’insorgere della malattia, e di cura e riabilitazione dopo l’insorgenza della malattia), che ha lasciato spazio ad una prospettiva “salutogenica”, propria della *prevenzione primaria* (interventi rivolti ad impedire l’insorgenza della malattia, favorendo aspetti che potenziano la salute), nel momento in cui si è compreso che, oltre alla “somministrazione” di informazioni, “occorreva elaborare modalità interattive di approccio ai problemi, in cui la salute sia colta come un ambito che attiene principalmente agli stessi soggetti – qualunque sia la loro età, il loro genere, il loro ceto sociale, la loro nazionalità – che si sostanzia di contenuti anche in riferimento ai contesti e ai gruppi di appartenenza” (Petrillo, 2006, p. 13). Il passaggio dall’uno all’altro modello ha determinato inoltre la transizione da una situazione di “dominanza” di talune figure preposte in via esclusiva alla salvaguardia e alla garanzia della salute (gli adulti educatori, gli insegnanti, i medici, le istituzioni sociali preposte) su altre che erano considerate “deficitarie” (giovani, pazienti o persone comuni), a una situazione di semplice “differenza” tra i soggetti in una relazione paritaria: “si passa perciò da forme di rapporto fortemente asimmetriche a forme che riducono tale asimmetria, orientandosi a una dinamica relazionale in cui due o più interlocutori, pur mantenendo distinte le loro identità, i loro ruoli, le loro reciproche attese, coevolvono nella storia relazionale, costruendone insieme il percorso” (Semeraro, 1999a, pp. 165-166).

Secondo Zani e Cicognani (2000, p. 188) “il focus principale dell’educazione alla salute è modificare i comportamenti o i fattori intrapersonali come gli atteggiamenti e le credenze che si ritengono mediare i comportamenti, allo scopo di migliorare la salute”. Per raggiungere tale obiettivo, l’educazione della salute si propone come una “combinazione di esperienze di apprendimento pianificato che offre la possibilità di acquisire informazioni e competenze necessarie a decisioni di qualità rispetto al proprio benessere” (Braibanti & Zuino, 2006, p. 105). La valorizzazione e lo sviluppo delle competenze personali per l’esercizio del controllo sulla propria salute sono alla base dell’approccio centrato sullo “sviluppo personale” (secondo il paradigma dell’empowerment)³, che, oltre a confermare l’importanza delle conoscenze relative ai temi di salute per l’orientamento delle credenze e degli atteggiamenti che guidano i comportamenti, assume che rafforzando alcuni aspetti della personalità, come ad esempio l’autostima e la fiducia in sé stessi, gli individui si trovino in una posizione migliore per prendere decisioni autonome sulla propria salute e agire di conseguenza

³ Il paradigma dell’empowerment e i suoi fondamenti teorici saranno trattati nel paragrafo 1.1.2.

(Zani & Cicognani, 2000; Zucconi & Howell, 2003). Nella stessa prospettiva si inserisce anche la definizione di educazione alla salute proposta da Lopez (2004, p. 7): “processo finalizzato all’apprendimento di quelle risorse di natura cognitiva, relazionale, emotiva, che possono aiutare l’individuo a reagire in modo positivo ai cambiamenti, sia quelli *imposti*, non voluti, non desiderati, sia quelli, invece, *cercati*, che nascono da una insoddisfazione, dal desiderare per sé qualcosa di *altro* rispetto all’esistente.” In quest’ottica, le pratiche educative finalizzate alla promozione della salute dovranno mirare non solo alla modifica dei comportamenti a rischio, ma anche all’acquisizione di quelle capacità personali che consentono all’individuo di assumere in modo responsabile le proprie scelte di salute.

Dovigo (2009, pp. 15-16) parla a tal proposito di *pedagogia della salute*, “il cui impegno è rivolto all’approfondimento delle riflessioni e degli strumenti fondamentali che consentono alle persone di progettare e realizzare il proprio stile ottimale di vita in termini di benessere emotivo, fisico, sociale e intellettuale, sostenendole nella ricerca del raggiungimento delle migliori condizioni di salute lungo le diverse età della vita”. L’educazione alla salute si configura come un processo che porta le persone a riconoscere le proprie competenze e ad acquisirne di nuove, attraverso “esperienze di apprendimento volte a facilitare azioni volontariamente dirette alla salute” (Green & Kreuter, 1999, p. 27).

Come *processo* che richiede un coinvolgimento attivo degli individui, “l’educazione della salute si sviluppa attorno a quattro concetti principali: *pianificazione* (l’educazione alla salute come attività sistematica, orientata all’obiettivo e strategica, quindi non improvvisata né estemporanea); *apprendimento* (ruolo attivo del soggetto nel processo di acquisizione di conoscenze e competenze); *volontarietà* (comportamento come scelta, non come imposizione), *comportamento* (orientato all’azione)” (Braibanti & Zuino 2007, p. 14). Gli obiettivi dell’educazione alla salute come componente chiave della promozione della salute potrebbero pertanto articolarsi in: “sviluppo di capacità cognitive (per l’acquisizione delle informazioni di salute, della loro comprensione e della valutazione del loro significato); potenziamento di competenze di *problem solving* e capacità decisionale (finalizzate all’adozione di comportamenti di salute); interpretazione dei valori esistenti e creazione di nuovi; acquisizione di specifiche competenze psicomotorie e di interazione sociale legate ai comportamenti di salute; promozione di cambiamenti nello stile di vita” (Dovigo, 2009, p. 58). Da un punto di vista della prassi, Pellai & Marzorati (2001) sostengono l’esigenza di un programma educativo che si muova in senso trasversale, coinvolgendo professionalità e competenze diverse, che prenda inizio già dalle età più precoci, che riesca a realizzare la promozione della salute come dimensione globale della vita di ciascun individuo.

L’approccio educativo basato sullo “sviluppo personale” è proprio anche della seconda fase del modello bio-psico-sociale, che sposta l’attenzione dal comportamento individuale alle dinamiche sociali, mettendo in evidenza come, anche in virtù della definizione di “promozione della salute” della WHO (1986), l’ambiente sociale non sia solo il “contesto” entro il quale l’individuo agisce ma abbia un ruolo di partecipazione ai processi di costruzione della conoscenza. Da questo punto di vista la valenza

sistemica del modello bio-psico-sociale porta a valorizzare le interdipendenze fra individuo e ambiente in una prospettiva dinamica e processuale come quella individuata dal sociocostruttivismo⁴ (Zani & Cicognani, 2000). Il benessere globale dell'individuo può essere quindi considerato una costruzione sociale: “la salute è socialmente costruita nel contesto delle relazioni umane” e “i comportamenti salutari sono un aspetto dei comportamenti sociali” (Petrillo, 2006, p. 6). E la “salute sociale dell'individuo” (Dovigo, 2009) è determinata da tre principali fattori: l'indipendenza (il grado di autonomia raggiunto dal soggetto), le relazioni interpersonali (il numero di altri individui significativi con cui la persona è in contatto) e la responsabilità (la consapevolezza di essere responsabili nei confronti degli altri).

Anche nella *Carta di Ottawa* si sostiene che: “la salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama” (WHO, 1986). L'ambiente sociale esercita una significativa influenza sulle percezioni soggettive e intersoggettive che mediano i comportamenti di salute degli individui, attraverso le sue regole, il riconoscimento di azioni considerate più giuste o desiderabili, la cultura sedimentata nel tempo, fornendo i principi interpretativi utili a mantenere uno stato di benessere (Zani & Cicognani, 2000). Abbracciando questo punto di vista, O'Donnel (1989, p. 5) definisce la *promozione della salute* come “la scienza e l'arte di aiutare le persone a cambiare il proprio stile di vita verso uno stato di ottima salute. Il cambiamento dello stile di vita può essere facilitato da una combinazione di sforzi tesi ad aumentare la consapevolezza, modificare il comportamento e creare ambienti che supportino buone pratiche di salute”. Secondo McKenzie, Neiger e Thackeray (2012) il quadro di riferimento delle operazioni di promozione della salute, in tale prospettiva, dovrebbe basarsi sull'assunto che il comportamento riveste un importante ruolo nello stato di salute e che le sue modificazioni apportano significativi cambiamenti nelle condizioni di salute, riconducibili all'interazione tra comportamenti individuali e relazioni interpersonali. In termini educativi, le attività basate sull'apprendimento partecipatorio e il *self-empowerment* possono dare “la possibilità ai soggetti di esaminare i valori e le convinzioni e di esplorare come altri fattori, l'esperienza passata o le caratteristiche socioambientali, regolino le scelte comportamentali” (Pietrantonio, 2001, p. 96).

Un'ulteriore prospettiva bio-psico-sociale della promozione della salute riguarda l'analisi delle modalità attraverso cui il comportamento si connette intrinsecamente con il mondo sociale e culturale, mediante simboli che sono fortemente connotati da orientamenti e significati valoriali, tanto che nell'epoca attuale, definita “postmoderna”, la salute è ritenuta un tema dominante per quanto riguarda la costruzione dell'identità

⁴ Per il sociocostruttivismo “la conoscenza si svolge entro un contesto sociale che essa influenza e da cui è influenzata [...]. Il soggetto, agendo sull'ambiente circostante, elabora infatti sia sistemi di costruzione del reale sia forme di arricchimento cognitivo, attivando processi di interdipendenza fra regolazioni sociali e sviluppo cognitivo secondo una causalità a spirale. In ogni momento dello sviluppo, competenze specifiche permettono all'individuo di partecipare ad interazioni sociali relativamente complesse che possono dar luogo a nuove competenze individuali che potranno arricchirsi di nuovo con partecipazioni ad altre interazioni sociali. [...]. La realtà e i prodotti di conoscenza sono interpretati come risultanti di processi di scambio, dialogo e negoziazione sociale” (Chiosso, 2003, p. 21).

(Dovigo, 2009). Determinati comportamenti vengono considerati, a livello sanitario ma anche sociale e culturale, buoni, corretti e responsabili, a discapito di altri che in termini di salute vengono definiti dannosi, scorretti o a “rischio”, e l’adozione degli uni o degli altri non solo comporta per il soggetto l’approvazione o meno della comunità di appartenenza, ma costituisce anche un elemento chiave con cui viene valutata la moralità, la bontà e la responsabilità del sé (Crawford, 1994). In questo senso, la salute, trascendendo il suo significato di benessere, può diventare una “componente fondamentale della personalità dal punto di vista dell’identità, del carattere, del successo personale” (Dovigo, 2009, p.49), e il perseguimento di pratiche “a rischio” può assumere il significato di una ribellione o trasgressione simbolica rispetto ai valori sociali e culturali dominanti.

Se la si collega a un contesto sociale, culturale e valoriale di riferimento, la salute può anche essere considerata come “un modo per rapportarsi agli altri, un fattore complessivo di giudizio della soddisfazione o dell’insoddisfazione personale rispetto alle posizioni sociali che esprimono una sorta di gradiente dell’interazione sociale”, e può rappresentare “un elemento complesso che regola l’autovalutazione dell’individuo nell’insieme delle posizioni sociali assunte” (Ghedin, 2004, p. 39).

Sostanzialmente queste interpretazioni, da una parte, rimandano al più ampio concetto di *qualità della vita*, come “percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni” (WHO, 1998), dall’altra risentono del progressivo allargamento dei fattori considerati nei domini della salute.

Per riassumere tali domini, sistematizzando in maniera organica sia gli aspetti attinenti alle componenti fisiologiche sia quelli psicologici e sociali, la WHO ha diffuso nel 2001 la *International Classification of Functionin, Disability and Health* (ICF) a cui è seguita nel 2007 la *ICF-CY: International Classification of Functionin, Disability and Health - Version for Children and Youth*. La condizione di salute, secondo questi standard, viene definita in base alle funzioni e strutture corporee e al dominio delle “attività e partecipazione”, entrambe influenzate da fattori ambientali e fattori personali (ICF, 2007, p. 45). Nell’area dell’attività e partecipazione figurano, tra gli altri, l’apprendimento e l’applicazione delle conoscenze, la cura della propria persona, la vita domestica, le interazioni e relazioni interpersonali, la vita sociale, civile e di comunità. I fattori ambientali riguardano i prodotti e le tecnologie, il sostegno sociale, gli atteggiamenti degli altri significativi, i servizi e le politiche per la salute; mentre i fattori personali (inclusi come “determinanti” della salute, ma non classificati) sono: il sesso, la razza, l’età, lo stile di vita, le abitudini, l’educazione ricevuta, la professione, il background sociale, la capacità di adattamento, l’esperienza passata e attuale, modelli di comportamento generali e stili caratteriali.

Quest’ultimo documento va comunque letto alla luce di quelli precedenti, come la *Carta di Ottawa*, nella quale si pone attenzione anche agli aspetti *globali* che inevitabilmente influenzano i comportamenti degli individui: “le nostre società sono complesse e interdipendenti, e non è possibile separare la salute dagli altri obiettivi. Gli

inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un *approccio socio-ecologico* alla salute. Il principio guida globale per il mondo, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e la comunità, è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale” (WHO, 1986). Conseguentemente, la successiva *Conferenza di Adelaide* (WHO, 1988) si è concentrata sulle politiche pubbliche per la creazione di contesti positivi di salute, per promuovere migliori condizioni per l'appagamento dei bisogni dei gruppi svantaggiati, tema ripreso dalla *Conferenza di Sundsvall* (WHO, 1991), in cui si è dato pieno riconoscimento all'ambiente naturale, alla condizione sociale e allo sviluppo culturale quali fattori determinanti per la salute collettiva.

Una dimensione ribadita anche nei documenti successivi, come la *Dichiarazione di Jakarta* (WHO, 1997a), in cui la priorità per la promozione della salute viene rintracciata nella consapevolezza dell'incremento della responsabilità sociale della salute, nell'aumento degli investimenti e delle infrastrutture ad essa finalizzati, attraverso un'azione integrata e partecipata di tutti gli agenti del contesto di vita delle persone.

Anche nella *Quinta conferenza globale per la promozione della salute* (WHO, 2000), l'attenzione si sposta dall'identificazione di azioni appropriate per la promozione della salute all'affermarsi di valori fondamentali come l'autonomia, la partecipazione e la giustizia sociale, che devono essere sostenuti in sinergia a livello nazionale e locale, pubblico e privato. E, con la *Carta di Bangkok* del 2005, la WHO punta a definire le strategie di promozione della salute in un mondo globalizzato. Nuovi fattori critici influenzano la salute come l'accessibilità delle risorse da parte delle popolazioni all'interno delle singole nazioni, i nuovi modelli di consumo, di comunicazione, di commercio, e le politiche ambientali. Si impone la necessità di una migliore governance a livello mondiale che punti a diminuire le disuguaglianze anche attraverso la condivisione delle esperienze di promozione della salute, che devono necessariamente basarsi sulla partecipazione delle comunità. In breve emerge con sempre maggiore evidenza il peso del “contesto globale” per la determinazione di nuove strategie in favore del benessere delle popolazioni, spostando l'attenzione dagli individui ai gruppi, dai singoli alle comunità.

Questi documenti evidenziano un'ulteriore evoluzione degli approcci di promozione della salute, passando dalla dimensione individuale, e poi sociale, a quella globale. Si approda quindi a un *modello socio-ecologico*, che al modello bio-psico-sociale “aggiunge” l'ambiente, inteso come contesto globale all'interno del quale vivono le persone. La natura multidimensionale del “contesto” porta a considerare che il benessere delle persone dipenda dall'interazione di molteplici fattori, che interessano sia l'ambiente fisico (es. geografia, urbanistica, architettura) sia quello sociale (es. cultura, politica, economia), i quali vanno ad influenzare, e a propria volta vengono influenzati, dalle caratteristiche personali (es. genetica, psicologia, comportamenti) (Glanz et al., 2008). Quindi la prospettiva socio-ecologica allarga la visuale fino a comprendere ed

integrare tutti i livelli di variabili che, secondo Marks (1996), agiscono sull'individuo come determinanti della salute, dagli stili di vita individuali (primo livello), alle influenze della comunità (secondo livello), alle condizioni di vita, studio e lavoro (terzo livello), alle condizioni socio-economiche, culturali e ambientali (quarto livello).

Questo approccio, che risente della teoria di campo di Lewin (1942)⁵ ed è in linea con il modello ecologico dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (1979), punta l'attenzione sull'interrelazione e lo scambio tra l'individuo e i contesti in cui egli agisce. "L'uomo è considerato un sistema di varie componenti (biologiche, cognitive, emotive, ecc...), inserito in sistemi via via sempre più ampi, che si comprendono a vicenda: il microsistema (ad esempio la famiglia, gli amici, il luogo di lavoro), il mesosistema (tutti i sistemi interagenti nella vita quotidiana), l'esosistema (ad esempio i governi, le associazioni religiose, i sistemi economici) e il macrosistema (riferimenti culturali, aspettative sociali, valori, ecc...)" (Petrillo, 2006, p. 7).

Nella sua interpretazione olistica la salute può allora essere definita come "capacità da parte degli individui (e più in generale dei gruppi) di stabilire relazioni armoniose con il proprio contesto" (Dovigo, 2009, p. 16) e, secondo questa prospettiva, il raggiungimento della buona salute non riguarda più solo il soggetto, ma anche la comunità e la società, richiedendo l'iniziativa individuale (la cura dello stile di vita), ma anche l'impegno collettivo (la prevenzione ambientale), oltre che l'azione medica (Ghedini, 2004)

Pertanto, il concetto di "promozione della salute" deve abbracciare un orizzonte più ampio e configurarsi come "un insieme pianificato di dispositivi educativi, politici, ambientali, organizzativi, che promuovono azioni e condizioni di vita utili alla salute di individui, gruppi e comunità" (Braibanti & Zuino, 2006, p. 106), oppure, ancora più generalmente, come "qualsiasi evento, processo o attività che facilita la protezione o il miglioramento delle condizioni di salute degli individui, dei gruppi, delle comunità, delle popolazioni" (Pietrantonio, 2001 p. 95).

A livello operativo, anche all'interno dell'approccio ecologico, "nella promozione della salute, l'obiettivo diventa lo sviluppo della persona, dei gruppi, delle comunità in una visione attenta alla dinamica intra- e inter-sistemica in cui le vicende di questo sviluppo prendono forma. Questa visione si accompagna alla consapevolezza che, nella realizzazione di ogni progetto, tecnici e utenti sono coinvolti in un processo continuo di co-costruzione, pur nella distinzione dei ruoli" (Bertini et al., 2002, p. 23). Dunque anche l'educazione alla salute allarga i suoi orizzonti e "dovrebbe rientrare nell'educazione alla cittadinanza, comportando un equilibrio delicato tra i diritti di ogni singolo al benessere soggettivo e a una qualità della vita soddisfacente, e quelli della società nel suo insieme alla sicurezza, alla convivenza, allo sviluppo: la salute infatti è un costrutto bifronte, di cui diritti e doveri costituiscono come due facce di una stessa medaglia, la cui pertinenza si applica sia al singolo che alla società, anziché suddividersi tra i due in una sterile quanto falsa contrapposizione" (Petrillo, 2006, p. 13).

⁵ Lewin, K. (1942). *Field Theory and learning*. In D. Cartwright (1951)(Ed.), *Field Theory in Social Science*. New York: Harper. Cit in Glanz et al (2008).

L'ultima pubblicazione della WHO in merito alla promozione della salute, in attesa dell'*Ottava conferenza globale*, che si terrà ad Helsinki nel giugno 2013 e si pone tra gli obiettivi un bilancio delle azioni intraprese dalla *Carta di Ottawa* al presente, è la *Call to Action* di Nairobi (WHO, 2009). Questo documento può considerarsi una sintesi di tutti gli aspetti della promozione e dell'educazione alla salute fin'ora trattati, articolando le linee guida per il futuro in cinque principi: educazione e promozione della salute sono due concetti chiave interdipendenti poiché l'educazione sviluppa la capacità degli individui di poter meglio governare la propria salute; bisogna incentivare il *community empowerment* come strategia educativa a livello di comunità per superare le disuguaglianze della popolazione all'interno delle nazioni; il sistema sanitario deve operare sul fronte della prevenzione e della cura delle malattie e sul fronte della promozione della salute per ottenere i migliori risultati, facendosi carico di sollecitare politiche nazionali adeguate a migliorare il benessere; per diminuire le disuguaglianze in termini di salute i governi devono agire sulle determinanti sociali del benessere; è necessario creare un "sistema di promozione della salute" (comprendente governi, servizi sanitari, agenzie specializzate, scuole, ecc...) sviluppando la sua *capacity*, intesa come capacità di azione per ottenere risultati in termini di benessere della popolazione attraverso strategie efficaci⁶.

L'ultima frontiera della promozione della salute è dunque orientata allo "sviluppo della comunità" (Zani & Cicognani, 2000), inteso come processo attraverso il quale gruppi di popolazione vengono aiutati ad identificare problemi comuni, mobilitare risorse, sviluppare e implementare strategie per raggiungere obiettivi di benessere condivisi, attraverso l'accrescimento dell'empowerment di comunità e della sua *capacity* (Glanz & Rimer, 2005).

In sintesi l'ambiente sociale (comprendente sistemi economici, politici e culturali che riflettono lo stile di vita generale di una società e i suoi obiettivi di benessere) e l'ambiente fisico (comprendente sia l'ambiente naturale che quello urbanistico-architettonico) sono modellati e a propria volta modellano le scelte di salute degli individui che lo popolano, sancendo quel passaggio che Ghedin (2004) chiama dal "welfare state" alla "welfare community", in cui non è più solo lo Stato che, al vertice della piramide, garantisce assistenza e benessere alla comunità, ma anche la comunità stessa, alla base di questa piramide, vi concorre e ne assume la responsabilità.

1.1.2. Determinanti di salute e modelli teorici di riferimento

La promozione della salute si presenta come un campo di studi ordinato, con un proprio sviluppo disciplinare e paradigmatico, che abbraccia un insieme associato di teorie, approcci e metodi e possiede, dunque, una propria prospettiva scientifica in grado di dare vita a standard e pratiche professionali (Dovigo, 2009). Come sottolineano

⁶ Nell'ambito della promozione della salute la WHO (1998) definisce l'empowerment come "il processo sociale, culturale, psicologico, educativo e politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali diventano capaci di riconoscere i propri bisogni di salute, partecipano ai processi decisionali e realizzano specifiche azioni per soddisfare tali bisogni".

Glanz, Rimer e Viswanath (2008), nell'ambito della promozione della salute, teoria, ricerca e prassi sono strettamente interrelate, in quanto la quasi totalità dei modelli teorici di riferimento, sia dell'approccio bio-psico-sociale sia di quello socio-ecologico, sono stati concepiti sull'urgenza di dare spiegazioni alle dinamiche comportamentali nell'ambito della salute e di scoprirne i nessi con l'ambiente sociale e fisico in cui tali comportamenti vengono messi in atto. Bandura (1986) sostiene che il valore di una teoria dipende non soltanto dalla sua efficacia esplicativa e predittiva, ma anche dalla sua capacità operativa di produrre cambiamenti, e, mentre in discipline avanzate le teorie "integrano le leggi", negli ambiti in fase di sviluppo, le teorie specificano le determinanti (che nel nostro caso sono costituite dalle "determinanti di salute") che governano i campi di interesse. I modelli di riferimento della promozione della salute appartengono a questa seconda classe di teorie, trattandosi di una disciplina recente e in continua fase di evoluzione (Glanz et al, 2008).

Al centro dell'interesse della promozione della salute c'è il *comportamento*, che come abbiamo visto, è incluso o suggerito in tutte le definizioni di educazione e promozione della salute sopra citate ed è la variabile dipendente cruciale nella maggior parte delle ricerche sull'impatto delle strategie d'intervento (Guarino, 2008). Anche nell'ambito del modello socio-ecologico, l'influenza delle politiche sanitarie, sociali e ambientali, viene valutata in base ai loro effetti sul cambiamento di comportamento delle popolazioni. Dunque per aumentare l'efficacia degli interventi nella promozione della salute è necessario concentrarsi su una migliore comprensione dei meccanismi di cambiamento del comportamento (Baranowski et al., 1998).

In senso ampio, il *comportamento di salute* si riferisce alle azioni di individui, gruppi e organizzazioni così come alle loro determinanti, correlazioni e conseguenze, che conducono ad un miglioramento della qualità della vita (Glanz et al., 2008). A livello individuale, il comportamento di salute racchiude diverse variabili: "gli attributi personali quali credenze, aspettative, motivazioni, valori, percezioni ed altri elementi cognitivi; le caratteristiche personali, inclusi gli stati ed i tratti emozionali e affettivi; gli schemi di comportamento manifesti, la azioni e le abitudini relative al mantenimento della salute, al ripristino della salute e al miglioramento della salute" (Gochman, 1997, p. 12)⁷. In questa definizione vengono elencate alcune delle cosiddette determinanti della salute, che possono essere definite come fattori biologici, cognitivi, emotivi, sociali, ambientali, e si suppone esercitino una significativa influenza sui comportamenti di salute e costituiscano, nelle teorie che di seguito illustreremo, i costrutti soggiacenti alle variabili considerate "predittive" dei comportamenti (Glanz & Rimer, 2005). Gochman (1997) sottolinea inoltre come gli attributi personali siano influenzati e nello stesso tempo riflettano la struttura e i processi familiari, le influenze del gruppo dei pari, le dinamiche sociali e istituzionali e gli aspetti culturali propri di ciascuna società.

A seconda delle diverse prospettive, le determinanti della salute individuali vengono declinate in vario modo: da quelle che incidono sul ben-essere soggettivo, come salute

⁷ Gochman, D.S. (1997). *Health behavior research: definitions and diversity*. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research*. New York: Plenum Press. Cit in Glanz et alii (2008).

fisica, reddito, personalità, rapporto con i contesti esterni, influenze biologiche, influenze della cultura (Ghedin, 2004), a quelle che si rifanno al paradigma psicologico, come le credenze normative, le aspettative, le percezioni del rischio, il *locus of control*, l'autoefficacia, il *coping* (Guarino, 2008), a quelle che, secondo Dovigo (2009), sono proprie della pedagogia della salute, come le life skills, l'autostima, la motivazione o ancora l'autoefficacia.

Le teorie di riferimento per la promozione della salute articolano queste determinanti, stabilendo delle relazioni tra esse e tra esse e il comportamento. L'insieme di pratiche e modelli di comportamento durevoli, che cioè si mantengono con una certa coerenza nel tempo, costituiscono lo *stile di vita individuale* (Zani & Cicognani, 2000). In una prospettiva più ampia si può parlare di *stile di vita* come configurazione di azioni connesse con la salute/malattia, tendenzialmente abitudinarie, che caratterizzano un individuo, un gruppo o una comunità e che sono frutto di condizionamenti culturali, sociali, economici e ambientali (Pietrantonio, 2001). Se prendiamo come riferimento il modello socio-ecologico, lo stile di vita individuale è influenzato da tre livelli di fattori (McKenzie et al., 2012, Glanz et al., 2008): intrapersonale, interpersonale e di comunità. Il livello intrapersonale, o individuale, comprende le caratteristiche individuali, come ad esempio le conoscenze, le credenze e gli atteggiamenti, mentre il livello interpersonale comprende le relazioni con i gruppi più prossimi all'individuo (*primary groups*), come la famiglia, gli amici o i pari, che contribuiscono alla sua identità sociale, forniscono il supporto, e definiscono il suo ruolo. Il livello di comunità invece si articola in tre insiemi distinti di determinanti: i fattori istituzionali, come le regole, le politiche e le strutture informali, che possono stabilire o promuovere opportuni comportamenti di salute; i fattori di comunità, come le reti e le norme sociali, che esistono in modo formale o informale tra gli individui, i gruppi e le organizzazioni; le politiche pubbliche, come le leggi locali o nazionali che regolano, organizzano, controllano le azioni a favore della salute e le pratiche di prevenzione delle malattie.

In un'ottica sistemica, gli interventi maggiormente efficaci sono quelli che agiscono contemporaneamente a tutti i livelli, combinando le componenti comportamentali con quelle ambientali, e mentre le teorie che si situano ai livelli individuale e interpersonale sono il riferimento principale per gli interventi educativi, i modelli del livello di comunità offrono i framework per implementare approcci multidimensionali alla promozione della salute, integrando i metodi educativi con le strategie per modificare l'ambiente sociale e fisico allo scopo di favorire positivi cambiamenti di comportamento (Glanz & Rimer, 2005). I livelli individuale e interpersonale costituiscono il riferimento principale degli interventi di promozione della salute, poiché comprendere il comportamento individuale è il punto di partenza per comprendere il comportamento dei gruppi e delle comunità. Le teorie sul cambiamento del comportamento individuale costituiscono infatti spesso la base per lo sviluppo di modelli teorici sul comportamento di gruppi, organizzazioni, comunità (Glanz, 2008). Gli individui partecipano a gruppi organizzati, gestiscono associazioni, eleggono i leader che decideranno le politiche nazionali e globali; quindi, per ottenere un

cambiamento istituzionale, è necessario cominciare ad ottenere un cambiamento dagli individui (Glanz et al., 2008)

Dal punto di vista dell'educazione alla salute, come sopra accennato, gli approcci di riferimento principali sono tre e corrispondono ciascuno ai tre orientamenti della promozione della salute. L'approccio del "fornire informazioni" del modello biomedico (Zani & Cicognani, 2000) individua come determinanti fondamentali del comportamento di salute le conoscenze e si fonda su quattro assunti principali: che ci siano informazioni che le persone devono conoscere per tutelare la propria salute; che tali informazioni siano oggettive e non problematiche; che le persone agiscano esclusivamente secondo logiche razionali, per cui, ad esempio, la conoscenza di conseguenze positive o dannose derivanti da certi tipi di comportamento, indurrà sia una modificazione delle credenze e degli atteggiamenti, sia un cambiamento del comportamento; che chi rifiuta o non comprende l'informazione manchi di qualche cosa.

Questo approccio è stato ampiamente superato sia come oggetto di ricerca, sia come riferimento per la prassi educativa, in favore del *self-empowerment*, a livello individuale e interpersonale (Pietrantonio, 2001; Dovigo, 2009), e dei modelli dell'azione collettiva (tra cui il *community empowerment*), a livello di comunità (Petrillo, 2006; Braibanti & Zuino, 2006).

L'assunto su cui si basa l'*empowerment*, approccio del modello bio-psico-sociale, è che, se si formano persone indipendenti e con maggior potere decisionale, esse saranno più propense ad adottare comportamenti di salute, e soprattutto saranno maggiormente in grado di resistere alle eventuali pressioni esterne verso comportamenti malsani (messaggi mediali, modelli sociali, strategie economiche, ecc...). Questo approccio enfatizza la natura volontaria del cambiamento di comportamento e punta sul miglioramento delle competenze e delle capacità decisionali dell'individuo (facendo affidamento nono soltanto sulla razionalità umana, ma anche su aspetti della personalità, come il senso di autoefficacia), e l'efficacia dell'intervento educativo è rappresentata non tanto dal cambiamento di comportamento, quanto dalla qualità del processo attraverso cui la persona arriva a prendere la decisione (Zani & Cicognani, 2000).

I modelli che puntano sull'azione collettiva, chiamati anche "dello sviluppo di comunità", in un'ottica socio-ecologica, adottano invece strategie di coinvolgimento della popolazione inerenti a: la presa di consapevolezza dell'esistenza di un problema, l'identificazione dei bisogni, l'elaborazione di proposte alternative e adeguate per l'eventuale rimozione di fattori sociali o ambientali che ostacolano la salute, o per la definizione di politiche rispondenti alle reali necessità dei cittadini, anziché calate dall'alto.

Le teorie di riferimento, per quanto riguarda sia lo studio delle determinanti di salute per il comportamento a livello individuale, interpersonale e collettivo, sia la ricerca sui diversi approcci educativi alla promozione della salute, sono numerosissime ed in continua evoluzione, per meglio rispondere ai bisogni sociali che emergono nel tempo. Ai fini della sistematizzazione della letteratura di riferimento per la nostra ricerca, si è imposta quindi la necessità di operare una selezione. Di seguito sarà quindi illustrata

una rassegna di modelli teorici sulle determinanti per il comportamento di salute che riguardano esclusivamente gli ambiti individuale e interpersonale, i quali, come abbiamo visto, costituiscono il riferimento principale degli interventi di promozione della salute (nonché i livelli su cui si concentra il nostro studio). La selezione di questi modelli è stata operata considerando quelli maggiormente citati sia nella più recente manualistica statunitense (Glanz et al., 2008; McKenzie et al., 2012)⁸, sia nei trattati di autori italiani pubblicati nell'ultimo decennio (Zani & Cicognani, 2000; Pietrantonio, 2001; Pellai & Marzorati, 2001; Zucconi & Howell, 2003; Ghedin, 2004; Lopez, 2004; Mauri & Tinti, 2006; Braibanti, 2007; Turchi & Della Torre, 2007; Guarino, 2008; Petrillo & Caso, 2008; Dovigo, 2009; Muzzati, 2012). Rispetto al livello individuale è opportuno esaminare: il *modello delle credenze della salute*, la *teoria del comportamento pianificato*, la *teoria della motivazione a proteggersi*, il *modello transteoretico*, il *modello processuale dell'adozione di precauzioni* e la *teoria dell'azione rilevante per la salute*. Rispetto al livello interpersonale è la *Teoria Socio Cognitiva* di Bandura (1986) il riferimento per la maggior parte degli autori e delle ricerche prese in considerazione, mentre per quanto riguarda gli approcci dell'educazione alla salute, vi è concordanza nell'identificare quello basato sull'*empowerment* come il maggiormente utilizzato ed efficace.

Le teorie selezionate riguardanti il livello individuale e interpersonale condividono tre assunti principali (Glanz & Rimer, 2005, p. 12): “il comportamento è mediato dalle cognizioni (*cognitions*), ovvero ciò che le persone sanno e pensano influenza il modo in cui agiscono; la conoscenza è necessaria ma non sufficiente per produrre la maggior parte dei cambiamenti di comportamento; le percezioni, le motivazioni, le abilità (*skills*) e l'ambiente sociale sono ‘influenze chiave’ (*key influences*) del comportamento”. Tali teorie vengono classificate in *motivazionali* o *decisionali* (Pietrantonio, 2001; Ghedin, 2004; Braibanti & Zuino, 2007), e *processuali* (Zani & Cicognani, 2000). Il modello delle credenze della salute, la teoria del comportamento pianificato, il modello della motivazione a proteggersi – riguardanti il livello individuale – e la teoria Socio-cognitiva – riguardante il livello interpersonale – sono definite da taluni autori (Ghedin, 2004) *teorie motivazionali*, poiché trattano i fattori che influiscono sulla motivazione, considerata la determinante principale del comportamento, e da altri autori (Pietrantonio, 2001) *teorie decisionali*, fondate sul paradigma “aspettativa-valore”. Secondo quest'ultima prospettiva, le decisioni di comportamento vengono prese in base ad una valutazione probabilistica sulle conseguenze di una certa azione (es. mangiare cibi salutari previene l'obesità) e sul valore attribuito al risultato ottenuto dall'intraprendere quell'azione (es. non essere obeso è molto importante per me). Il modello transteoretico, il modello dell'adozione di precauzioni e il modello dell'azione rilevante per la salute, sono invece detti modelli *processuali* (Zani & Cicognani, 2000), *stadiali* (Guarino, 2008) o *dinamici* (Pietrantonio, 2001), poiché, diversamente dai modelli precedenti – che stabiliscono le relazioni tra le determinanti del comportamento – questi si concentrano sulle dinamiche del processo che porta all'azione. Tali modelli si fondano sull'assunto

⁸ Si tratta di manuali che, a propria volta, propongono una cernita di teorie scelte tra le più utilizzate nelle ricerche scientifiche sulla promozione della salute a livello mondiale.

che le persone mettono in atto comportamenti di salute attraversando diverse fasi temporalmente e qualitativamente distinte – a partire dalla “presa di coscienza” del problema (es. mangiare molti cibi ricchi di grassi è deleterio per la salute) fino al mantenimento del comportamento nel tempo (es. abituarsi a mangiare pochi cibi ricchi di grassi) – e trattano i fattori che influenzano il passaggio da uno stadio all’altro.

Il modello delle credenze sulla salute (*Health Belief Model*, HBM). L’HBM venne teorizzato per la prima volta da Hochbaum nel 1956, subendo successive modificazioni, fino alla versione attuale di Rosenstock, Strecher & Becker (1988). Il problema concreto a cui questa teoria ha cercato di dare risposta era la scarsa partecipazione volontaria dei cittadini ad un vasto e gratuito programma di prevenzione della tubercolosi (attraverso uno screening ai raggi x), promosso dal Public Health Service degli Stati Uniti negli anni ’50. Hochbaum (1958) ipotizzò che il comportamento di salute, che nello specifico consisteva nel partecipare al programma di prevenzione, dipendesse da due fattori: la *vulnerabilità percepita*, ovvero la probabilità percepita da parte delle persone di contrarre la malattia, e i *benefici percepiti* nel mettere in atto comportamenti per evitare di contrarla (es. in tal caso, il beneficio di sottoporsi allo screening).

A questi due costrutti originari ricerche e teorizzazioni successive (Rosenstock, Strecher & Becker 1988) aggiunsero altre quattro determinanti: la *gravità percepita*, ovvero la credenza personale di quanto sia grave una determinata malattia e quanto gravi siano sia le sue conseguenze sulla salute personale sia le possibili conseguenze sul piano sociale (gli effetti che il contrarre tale malattia può provocare anche sulle relazioni lavorative, familiari, sociali); le *barriere percepite*, costituite dalle credenze riguardo ai costi materiali e psicologici nell’intraprendere un comportamento di salute; i *suggerimenti all’azione*, comprendenti i fattori (ambientali o sociali) per attivare la “prontezza” (*readiness*) di un soggetto al cambiamento di comportamento o a mettere in atto un’azione; l’*autoefficacia* intesa come la percezione di essere in grado di mettere in atto un determinato comportamento di salute richiesto per raggiungere un risultato.

Quest’ultimo costrutto, che sarà approfondito in seguito con l’illustrazione della Teoria Socio-cognitiva di Bandura (1986;1997), è il più recente aggiunto allo schema originario e completa il modello definitivo dell’HBM: “perché avvenga un cambiamento di comportamento, le persone devono sentirsi minacciate dal proprio attuale pattern di comportamenti (la minaccia percepita è la sintesi tra la vulnerabilità e la gravità percepite) e credere che eventuali modifiche di un certo tipo porteranno a risultati di valore (benefici percepiti) a costi accettabili (barriere percepite). Le persone devono inoltre sentirsi in grado di superare le possibili barriere all’adozione del comportamento di salute (autoefficacia)” (Champion & Sugg Skinner, 2008, p. 50)⁹. In altri termini, secondo tale modello, la probabilità che vengano adottati comportamenti sani è il risultato di una valutazione cognitiva congiunta: di quanto il soggetto si senta vulnerabile rispetto alla malattia, di quanto consideri grave l’evento morboso e le

⁹ I *suggerimenti all’azione* erano inclusi a livello teorico fin dalla prima proposta del modello come “potenziatori” degli effetti della minaccia percepita nel determinare il cambiamento di comportamento, ma non sono mai stati studiati a livello empirico e in modo sistematico (Guarino, 2008).

conseguenze ad esso associate, di quanto peso attribuisca ad un'analisi costi/benefici (D'Angelo & Braibanti, 2007).

Le variabili di natura socio-demografica (età, sesso, etnia, reddito) e le conoscenze (relative alla malattia in questione) delle persone sono considerate in questo modello i fattori che influenzano in maniera indiretta i comportamenti di salute (detti anche "moderatori"). Considerando le relazioni tra le determinanti ipotizzate dal modello, tali variabili vanno ad incidere in maniera diretta sulle credenze di salute (composte da vulnerabilità e gravità percepita, benefici e barriere percepite, autoefficacia), le quali sono i "predittori" diretti del comportamento di salute, favorito su un altro fronte anche dai suggerimenti all'azione. La maggior parte degli studi che utilizzano quale framework teorico di riferimento l'HBM, individuano nelle *barriere percepite* il più forte predittore del comportamento, mentre la *vulnerabilità percepita* risulta avere una forte correlazione con il comportamento di salute a scopo preventivo, e i *benefici percepiti* risultano essere tra le determinanti principali del comportamento di persone malate che desiderano mettere in atto azioni per guarire (Champion & Sugg Skinner, 2008). Si tratta di un modello molto utilizzato come base per interventi di prevenzione a breve termine indirizzati soprattutto agli adulti, e meno spesso per la promozione della salute dei bambini e delle giovani generazioni, in quanto, tra i presupposti dell'azione, c'è la necessità che le persone si sentano minacciate da comportamenti a rischio, percezione non frequente nei minori, che non avvertono il pericolo di malattie con esiti a lungo termine, difficili da immaginare e che potrebbero anche non verificarsi (Spruij-Metz, 2006; D'Angelo & Braibanti, 2007; Glanz et al., 2008).

La teoria del comportamento pianificato (*Theory of Planned Behaviour*, TPB). La TPB (Ajzen & Madden, 1986) è lo sviluppo di una teoria precedente, detta *Teoria dell'azione ragionata* (*Theory of Reasoned Action*, TRA, Fishbein & Ajzen, 1975). In entrambe, il costrutto chiave per predire il comportamento di salute è l'*intenzione*, che gli autori definiscono come "la probabilità soggettiva della persona di mettere in atto il comportamento in questione" (Fishbein & Ajzen, 1975, p. 12). Nel modello della TRA le *intenzioni* sono una funzione dell'atteggiamento di una persona verso un dato comportamento, influenzate dalle percezioni della persona circa le norme soggettive riguardanti quel comportamento. L'*atteggiamento* verso il comportamento si fonda sulla valutazione positiva o negativa della persona riguardo a tale comportamento, derivante dalle conseguenze attese (esiti) del comportamento e sul valore di queste conseguenze (in termini di costi e benefici), mentre le *norme soggettive* (o norme sociali percepite) sono credenze sulla probabilità che altri, significativi per il soggetto, supporteranno o approveranno il comportamento (Montaño & Kasprzyk, 2008). Le *norme soggettive* si formano sulle *credenze normative* riguardo agli standard sociali, ovvero sulle "credenze che gli altri significativi pensino che la persona debba o meno impegnarsi nel comportamento" (Guarino, 2008, p. 58), e sulla *motivazione* ad aderire a tali standard (Glanz & Rimer, 2005).

La TRA prevede che le credenze riguardo al comportamento e la valutazione sui suoi esiti influenzino l'atteggiamento verso il comportamento, mentre le credenze normative

e la motivazione ad aderire ad esse portino il soggetto a costruirsi un set di norme soggettive. L'atteggiamento verso il comportamento e le norme soggettive determinano l'intenzione di mettere in atto un'azione, che è l'unico diretto predittore del comportamento. Questa teoria si è rivelata utile per studiare una notevole varietà di comportamenti di salute, come per esempio smettere di fumare, usare contraccettivi, donare sangue, e dalle ricerche emerge che l'atteggiamento è un fattore più forte nel predire le intenzioni di comportamento rispetto alle norme soggettive (Montaño & Kasprzyk, 2008). Tuttavia la TRA presume che i comportamenti siano sotto il controllo volizionale della persona, cioè che la persona possa decidere completamente di sua volontà se mettere in atto una determinata azione, che risulta sempre essere frutto di una decisione deliberata ed intenzionale, presa da un decisore razionale, logico, motivato (Spruij-Metz, 2006).

In realtà, come abbiamo visto, lo stile di vita, per esempio, prevede comportamenti che vengono messi in atto per abitudine, in quanto stabilizzatisi nel tempo, e non per un'azione ragionata che di volta in volta porti le persone a decidere deliberatamente come comportarsi (Guarino, 2008). Inoltre il comportamento dipende anche da variabili quali conoscenze ed esperienze passate, abilità personali del soggetto, disponibilità di risorse, che possono influire sul controllo o meno delle azioni da parte del soggetto (Zani & Cicognani, 2000).

A fronte di tali osservazioni, prodotte nel tempo sia dalle ricerche empiriche che avevano come framework la TRA sia da riflessioni teoriche di Ajzen e Madden (1986), è stato introdotto nel modello un nuovo costrutto, quello del *controllo percepito del comportamento*, da cui è derivata la nuova teoria *del comportamento pianificato*. Il controllo percepito del comportamento viene definito come "la credenza della persona di quanto facile o difficile è probabile sia la performance del comportamento" (Ajzen & Madden, 1986, p. 457), ovvero la convinzione soggettiva di riuscire a mettere in pratica il comportamento in questione (D'Angelo & Braibanti, 2007). Il *controllo percepito* è determinato dalle *credenze di controllo*, concernenti le credenze sulla presenza o meno di facilitatori o barriere all'adozione e alla performance del comportamento, e dal *potere percepito* delle persone sui fattori che possono agevolare o inibire l'azione (Montaño & Kasprzyk, 2008). Si tratta di un costrutto chiave, poiché, come l'atteggiamento e le norme soggettive, può influenzare l'intenzione di comportamento, ma anche avere un effetto diretto (non mediato dall'intenzione) sul comportamento. Questo dipende dal grado di possibilità per il soggetto di poter compiere un'azione dipendendo semplicemente dalla propria volontà. Quando il tipo di azione o la situazione permettono alla persona un controllo completo sul comportamento, l'intenzione da sola dovrebbe bastare a predirlo; ma se il controllo volontario diminuisce, aumenterà di conseguenza il peso del controllo comportamentale percepito nel determinare quella data azione (Guarino, 2008). Si tratta inoltre di un costrutto complesso, che Ajzen stesso (2002) considera simile all'*autoefficacia* di Bandura (1977) perché coinvolge le credenze di avere sia le risorse sia le opportunità di eseguire un comportamento o di raggiungere un risultato, e comprende il costrutto delle *barriere percepite* del *Modello delle credenze sulla salute* (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), essendo basato

anche su una valutazione relativa alla presenza o meno di ostacoli all'esecuzione dell'azione. Nella TPB il significato dell'intenzione si arricchisce e rappresenta "quanto intensamente le persone desiderino cambiare e quanta fatica prevedano nella messa in atto di un comportamento" (D'Angelo & Braibanti, 2007, p. 40).

L'inclusione del costrutto del controllo percepito del comportamento si è rivelata utile nel migliorare l'efficacia predittiva del modello, soprattutto per prevedere comportamenti in ambito sanitario, come smettere di fumare e di bere eccessivamente, usare contraccettivi in prevenzione dell'AIDS, adottare una dieta più sana per dimagrire (Zani & Cicognani, 2000). Secondo D'Amico e Braibanti (2007) uno dei contributi maggiori forniti dalla TPB consiste nel far emergere l'importanza delle credenze del soggetto come principali determinanti del suo comportamento: credenze che, in quanto soggettive, possono essere in parte o totalmente errate, dovute a disinformazione o scaturite da scarsa conoscenza di situazioni reali di fatto, e che, in tal caso, indicano qual è la via da percorrere per la definizione di efficaci programmi di promozione della salute. Da questo punto di vista si può affermare che: "sono le credenze sugli esiti dei comportamenti a creare l'atteggiamento che conduce ad intraprendere o meno un'azione; sono le credenze su come gli altri reagiranno a creare la percezione di doversi adattare alle aspettative altrui; sono le credenze del soggetto rispetto a ciò che egli può o sente di riuscire a fare, e non le sue reali capacità, a limitare il campo del fattibile" (D'Angelo & Braibanti, 2007, p. 42). Dunque, questi tre tipi di credenza possono influenzare lo sviluppo dell'intenzione verso un determinato comportamento, ad esempio seguire una dieta sana, quando: la persona comincia ad avere un atteggiamento favorevole verso alimenti sani e sfavorevole verso alimenti non sani (dato dalle credenze relative alla bontà in termini di salute di taluni alimenti anziché altri); conferisce valore alle norme soggettive in base alle quali crede che gli altri pensino sia giusto seguire una dieta sana e approvino chi segue una dieta sana, desiderando conformarsi alle loro aspettative; crede di avere il controllo sul proprio comportamento, di poter usufruire di situazioni facilitanti (es. la disponibilità di alimenti sani) e di poter superare gli ostacoli (es. desiderio di soddisfare piaceri legati al gusto di alimenti non sani, influenza della pubblicità).

La TPB è uno tra i framework più citati ancora oggi, soprattutto nelle ricerche in ambito statunitense, come riferimento per l'elaborazione di modelli integrati, che aggiungono a quelli originari nuovi costrutti, come ad esempio le conoscenze, le abilità personali, gli ostacoli ambientali, l'importanza del comportamento per il soggetto, introducibili in base al tipo di comportamento da indagare (Montaño & Kasprzyk, 2008).

La Teoria della motivazione a proteggersi (*Protection Motivation Theory*, PMT). Una prima versione di questa teoria è stata elaborata da Rogers (1975), con l'intento di superare i limiti del modello sulle credenze della salute e indagare in profondità le motivazioni che dovrebbero guidare le persone ad interrompere un comportamento dannoso per la propria salute o a decidere di intraprendere un comportamento considerato positivo in termini di salute, partendo dall'analisi di messaggi persuasivi

volti ad incutere paura. Le tre determinanti che compongono il modello sono: la *percezione della gravità dell'evento*, la *percezione di suscettibilità* (ovvero la stima personale che tale evento si verifichi), l'*efficacia dell'azione di risposta (coping)* per prevenire il rischio (ad esempio sottoporsi ad uno screening medico di controllo). In questa teoria il ruolo motivazionale delle minacce è il fattore chiave, poiché per evitare disagio, dolore e sofferenza le persone intraprendono azioni protettive (Guarino, 2008). Le fonti di informazione che attivano la percezione della minaccia, possono essere di tipo *ambientale* (es. messaggi persuasivi sul cancro ai polmoni del fumatore) o *personale* (es. esperienze precedenti di malattia), e danno avvio ai *processi cognitivi di mediazione* della motivazione a proteggersi, che comprendono e sintetizzano la *valutazione della minaccia* e la *valutazione del coping* e costituiscono il momento decisionale chiave di un'evoluzione del modello, elaborata da Prentice Dunn e Rogers (1986). La valutazione della minaccia si basa sulla valutazione della *risposta maladattiva* ad una situazione, rappresentata da un certo comportamento. Le risposte maladattive (ad es. l'abuso di alcol) sono influenzate positivamente da ricompense interne (il piacere fisico dall'assunzione di alcol) e/o esterne (la stima dei pari), e negativamente dalla percezione della gravità e della vulnerabilità (*suscettibilità* nel modello del 1975). La *valutazione del coping* si basa invece sulla valutazione delle *risposte adattive*. Le risposte adattive sono influenzate positivamente dall'efficacia della risposta, ovvero la credenza che la risposta di *coping* sia efficace (es. smettere di bere eccessivamente mi farà stare meglio e mi farà evitare le malattie connesse all'abuso di alcol), e dall'autoefficacia (posso essere in grado di smettere di bere o di assumere alcol in quantità non eccessiva), e negativamente dai costi psicologici e fisici dell'adottare la risposta preventiva raccomandata (es. disagi legati all'astinenza, all'eventuale disapprovazione dei pari, ...). Dunque il risultato dei processi cognitivi di mediazione è la decisione (o l'intenzione) di mettere in atto o meno una risposta adattiva, o modalità di *coping*.

Anche se nei programmi di promozione della salute fondati su questa teoria, l'output che viene misurato riguarda solitamente le intenzioni di comportamento (McKenzie et al., 2012), la determinante fondamentale teorizzata da Rogers (1975) per l'adozione di un comportamento di salute (risposta adattiva) è il *coping* (Zani & Cicognani, 2000). *Coping* deriva da "*to cope*" (in italiano "fronteggiare") e viene generalmente riferito in ambito psicologico "all'insieme dei tentativi dell'individuo di far fronte ad una particolare situazione o condizione percepita come stressante per mantenerne il controllo" (Petrillo & Caso, 2008, p. 59). Il *coping adattivo* può essere quindi definito come "l'insieme delle capacità regolatorie complesse dell'individuo, il cui sviluppo dipende dalla storia individuale, dal temperamento e dai tratti di personalità, dai modelli operativi interni e dall'esposizione degli ambienti sociali supportivi" (Guarino, 2008, pp. 41-42). Il *coping* viene considerato anche come un processo che risulta dall'interazione della persona con la situazione, viene influenzato dalle risorse personali e sociali e può sfociare in: *coping* attivo cognitivo, che include l'analisi razionale, la riconsiderazione positiva, la ricerca d'informazione; *coping* attivo comportamentale, che riunisce strategie come il *problem solving* e la richiesta di supporto sociale e di

guida; *coping* evitante cognitivo, come accettazione rassegnata e negazione; *coping* evitante comportamentale, come ricerca di alternative e scarica emotiva (Guarino, 2006).

Riassumendo, la PMT prevede che la motivazione a proteggersi è massimizzata quando: “la minaccia alla salute è grave; la persona si sente vulnerabile; la risposta adattiva è ritenuta essere efficace per superare la minaccia; la persona ha fiducia nelle propri capacità di mettere in atto con successo la risposta adattiva; le ricompense associali alla risposta maladattiva sono limitate; i costi associati alla risposta adattiva sono bassi. Tutti questi fattori generano la motivazione a proteggersi e di conseguenza l’attivazione della risposta adattiva o *coping*” (Prentice Dunn & Rogers, 1986, p. 156).

Il modello transteoretico (*Transtheoretical Model*, TTM). Sviluppato da Prochaska & Di Clemente (1983), il TTM è anche detto “modello degli stadi del cambiamento” (*stages of change model*), poiché considera il cambiamento di comportamento non come un evento, ma come un processo articolato in varie fasi, e le determinanti della salute come fattori che influiscono sui passaggi da una fase all’altra. Gli stadi attraverso cui il comportamento di salute viene messo in atto sono cinque, ovvero la *precontemplazione* (non c’è l’intenzione di agire nei prossimi sei mesi), la *contemplazione* (è presente l’intenzione di agire nei prossimi sei mesi), la *preparazione* (c’è l’intenzione di agire nei prossimi trenta giorni e comincia ad essere messa in atto qualche azione verso il cambiamento), l’*azione* (si persegue il cambiamento di comportamento per meno di 6 mesi) e il *mantenimento* (il cambiamento persiste oltre i 6 mesi). A tali stadi ne è stato aggiunto un altro: la *conclusione* (non c’è alcuna tentazione di ricaduta e il 100% di fiducia in sé stessi) (Prochaska et al., 2008).

Il passaggio da uno stadio all’altro è influenzato da dieci processi di cambiamento che vanno dalla consapevolezza del problema alla liberazione sociale: il *risveglio della coscienza* è il processo di acquisizione e comprensione di informazioni, fatti, idee che supportano il cambiamento del comportamento di salute; il *sollievo drammatico* è il processo esperienziale di emozioni negative (paura, ansia, preoccupazione) che derivano dalla consapevolezza dei rischi connessi al comportamento non sano; l’*auto-rivalutazione* combina le valutazioni sia cognitive sia affettive di sé stessi e porta ad affermare che il cambio di comportamento è una parte importante dell’identità personale; la *rivalutazione ambientale* combina le valutazioni sia cognitive sia affettive riguardo all’impatto negativo di un comportamento non sano e all’impatto positivo di un comportamento sano sul proprio ambiente sociale e fisico; l’*auto-liberazione* consiste nel prendere un forte impegno per cambiare comportamento; le *relazioni d’aiuto* costituiscono il processo per cui una persona cerca e utilizza il supporto sociale per cambiare il proprio comportamento; il *contro-condizionamento* richiede l’apprendimento di comportamenti più salutari che possano sostituire i comportamenti a rischio; la *gestione del rinforzo* prevede la crescita dei rinforzi positivi per il comportamento salutare e la diminuzione dei rinforzi per il comportamento a rischio; il *controllo dello stimolo* è il processo che porta a rimuovere gli stimoli verso comportamenti a rischio e a favorire e cercare quelli verso il comportamento di salute;

la *liberazione sociale* consiste nel comprendere che le norme sociali stanno cambiando nella direzione del supporto verso il comportamento di salute.

Secondo studi empirici, realizzati dagli stessi autori, il *risveglio della coscienza*, il *sollievo drammatico* e la *rivalutazione ambientale* conducono dallo stadio della pre-contemplazione allo stadio della contemplazione, l'*auto-rivalutazione* porta alla preparazione, l'*auto-liberazione* conduce all'azione, mentre il *contro-condizionamento*, le *relazioni d'aiuto*, la *gestione del rinforzo* e il *controllo dello stimolo* portano al mantenimento e alla conclusione, mentre la *liberazione sociale* non avrebbe, ad oggi, una chiara relazione con gli stadi del cambiamento (Prochaska et al., 2008, p. 105).

Altri due fattori che a propria volta influiscono sia sugli *stadi di cambiamento* sia sui *processi di cambiamento* sono il *bilanciamento decisionale*, che riguarda la valutazione sui costi e benefici del cambiamento, e l'*autoefficacia* che in questo modello dipende dall'equilibrio che si crea tra la *fiducia*, intesa come fiducia di poter mettere in atto un comportamento di salute attraversando diverse sfide, e la *tentazione*, ovvero la tentazione di mettere in atto comportamenti a rischio in determinate situazioni (stress, astinenza, ecc...). Dunque in questo modello l'autoefficacia può essere intesa come "fiducia situazione-specifica che le persone hanno di poter fronteggiare situazioni ad alto rischio, senza ricadere nei loro comportamenti non sani" (Prochaska et al., 2008, p. 102).

La progressione da uno stadio all'altro non è sempre lineare, in quanto nel mettere in atto un comportamento si possono incontrare ostacoli ed andare incontro a fallimenti, ritornando a fasi precedenti secondo un andamento che viene detto "a spirale", e che dovrebbe stimolare l'apprendimento di nuove strategie e favorire tentativi più strutturati (Zani & Cicognani, 2000; D'Angelo & Braibanti, 2007).

Sebbene il modello si sia rivelato utile in diversi ambiti d'intervento di prevenzione secondaria e terziaria, come nel trattamento della dipendenza dall'alcol, dell'abbandono del fumo, dei disturbi alimentari, soprattutto perché è utile nella progettazione di interventi individuali, Prochaska, Redding e Evers (2008, p. 103) sostengono le seguenti argomentazioni critiche: "nessuna singola teoria può rendere conto della complessità del comportamento; il cambiamento di comportamento si svolge nel tempo attraverso una sequenza di stadi; gli stadi sono sia stabili che aperti al cambiamento proprio come i fattori di rischio comportamentale cronici sono sia stabili che aperti al cambiamento; la maggioranza delle popolazioni a rischio non sono preparate per l'azione e non trarrebbero beneficio dai tradizionali programmi di prevenzione orientati all'azione; processi specifici e principi di cambiamento devono essere applicati in precisi stadi".

Il modello processuale dell'adozione di precauzioni. (*Precaution Adoption Process Model*, PAPM). La creazione di questo modello parte dalla critica di Weinstein (1988) al *Modello delle credenze sulla salute* (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), alla *Teoria dell'azione ragionata* (Fishbein & Ajzen, 1975) e alla *Teoria della motivazione a proteggersi* (nella versione di Rogers, 1975), che focalizzavano il momento centrale del comportamento nella valutazione costi/benefici del mettere in atto l'azione e nell'intenzione/decisione di compierla, basandosi soltanto sul valore

“predittivo” delle determinanti. Il comportamento, secondo il PAPM, viene invece considerato un processo dinamico complesso, come nel *Modello Transteoretico* (Prochaska & Di Clemente, 1985) ma, a differenza di questo, si cerca di rendere conto non solo del cambiamento di comportamento (che come abbiamo visto è una dinamica attinente alla prevenzione secondaria e terziaria), ma anche di come le persone dovrebbero intraprendere azioni preventive e quindi, ad esempio, mettere in atto nuovi comportamenti, come il sottoporsi a visite di controllo, in un’ottica di prevenzione primaria (Ganz & Rimer, 2005). L’attuale versione del modello (Westein & Sandman, 1992) prevede che il comportamento di salute attraversi sette stadi: si parte dalla *non consapevolezza* riguardo ai rischi del comportamento attuale (o del non mettere in atto un comportamento preventivo), per passare poi alla *consapevolezza*, che porta all’*indecisione* riguardo all’azione, sfociante in due successive possibilità: la *decisione di agire*, se l’individuo si sente coinvolto dai rischi che corre, oppure la *decisione di non agire*, se non è interessato al problema. In quest’ultimo caso il processo si ferma, mentre nel caso opposto continua con l’*azione* verso il comportamento di salute e il suo successivo *mantenimento* nel tempo.

Secondo il PAPM, il passaggio da uno stadio all’altro è lineare e consecutivo, ma può anche non avvenire, oppure ci possono essere regressi a stadi precedenti fino alla consapevolezza (secondo stadio), poiché una volta raggiunta non è possibile tornare ad uno stato di inconsapevolezza. Il modello non esplicita determinanti fisse che favoriscono il passaggio del comportamento da uno stadio all’altro, poiché le barriere o gli incentivi al progredire dell’azione sono comportamento-specifici, e quindi fornisce solamente degli “esempi di fattori adeguati a determinare il passaggio tra gli stadi” (Weinstein et al., 2008, p. 129). Si può passare dall’inconsapevolezza alla consapevolezza, ad esempio, attraverso l’esposizione a messaggi dei media in una campagna di prevenzione circa i rischi e le precauzioni di un determinato comportamento; inoltre sullo stato di coinvolgimento o meno nella problematica di salute incontrata intervengono, oltre ai predetti messaggi mediali, informazioni ottenute da altri significativi (medico, familiari, amici), oppure l’esperienza personale di rischio. Per decidere se agire oppure no, la persona può basarsi sulle credenze riguardo alla gravità del comportamento e alla possibilità del rischio che potrebbe correre, sulle credenze riguardo alla debolezza personale, sulle credenze riguardo all’efficacia delle prevenzioni e alla difficoltà di metterle in atto, sui comportamenti e le raccomandazioni degli altri, sulle norme sociali percepite, sulla paura e la preoccupazione. Per passare dall’azione al mantenimento intervengono fattori come il tempo, i rinforzi, il sostegno sociale, il bisogno di agire, le informazioni dettagliate su “come fare” per mettere in atto il comportamento, suggerimenti e incitamenti all’azione, assistenza durante la messa in atto del comportamento di salute.

Questo modello, che propone una specifica sequenza di stadi nel processo di cambiamento, ma non identifica specificatamente i fattori dei passaggi da uno stadio all’altro, si presta ad essere una sorta di cornice di lavoro che può essere riempita per ogni diverso comportamento con diverse determinanti, analizzando come si verifichi, in quello specifico ambito, ogni transazione di stadio (Guarino, 2008). Le ricerche

condotte sulla base di questo modello hanno dimostrato la sua utilità per i programmi di promozione della salute finalizzati all'adozione di nuove precauzioni o all'abbandono di comportamenti a rischio, attraverso un'azione deliberata, e anche per indagare perché e come le persone operano deliberati cambiamenti nelle loro abitudini; viceversa, il modello non è risultato adatto per lo studio delle azioni che richiedono il graduale sviluppo di comportamenti abitudinari, come ad esempio l'attività fisica o la sana alimentazione (Weinstei et al, 2008).

La teoria dell'azione rilevante per la salute (*Health action process approach*, HAPA). Si tratta di un modello teorico processuale proposto da Schwarzer (1992¹⁰, 1999), che considera come fase centrale del processo che porta all'azione di salute quella dell'*intenzione di comportamento* e distingue tra i *processi motivazionali preintenzionali*, che contribuiscono alla formazione di un obiettivo di salute da raggiungere, e i *processi volitivi postintenzionali*, che conducono al comportamento effettivo. La fase motivazionale è composta da: *percezione del rischio*, che comprende valutazioni cognitive sulla propria vulnerabilità e sulla gravità di una malattia; *aspettativa di risultato*, ovvero la credenza che la modifica del comportamento possa portare ad una riduzione del rischio; *autoefficacia*, ovvero la convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente le situazioni e raggiungere i propri obiettivi. L'autoefficacia in questo modello, oltre ad essere considerata, tra questi tre costrutti, il predittore prossimale e diretto dell'intenzione di comportamento, influenza fortemente anche la fase volitiva (o fase di aderenza) che porta all'azione e che comprende i processi di assunzione dell'iniziativa e di mantenimento del nuovo comportamento e gestione delle ricadute (Schwarzer & Luszczynska, 2007). Il costrutto fondamentale di questa fase è il *piano d'azione*, che la persona realizza attraverso istruzioni dettagliate (il come, il dove, il quando) sulla corretta esecuzione di un comportamento di salute. Sono i diversi piani d'azione che permettono di passare dall'intenzione all'esecuzione del comportamento e la loro quantità e qualità dipendono dalla percezione della propria autoefficacia, che "influisce sulla costruzione cognitiva di specifici piani d'azione, per esempio sulla visualizzazione degli scenari che possono condurre al raggiungimento dell'obiettivo" (Schwarzer & Luszczynska, 2007, p. 165). Il piano d'azione è inoltre influenzato dal *controllo sull'azione*, ovvero le strategie cognitive che permettono il mantenimento dell'azione una volta avviata, facendo fronte a motivazioni alternative che possono ostacolarla (ad es. la stanchezza può essere un deterrente al praticare attività fisica tutti i giorni), e in questo caso "l'autoefficacia determina l'entità dello sforzo investito e il grado di perseveranza" (Zani & Cicognani, 2000, p. 58). Il secondo livello del piano d'azione è la messa in atto del comportamento (ovvero l'*azione rilevante per la salute*), a cui si sovrappone anche il terzo livello, definito "situazionale", che comprende le barriere e le risorse messe a disposizione dall'ambiente in cui si svolge l'azione. Il modello è stato

¹⁰ Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model*. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington, D.C.: Hemisphere. Cit in Petrillo & Caso (2008).

applicato a comportamenti di prevenzione primaria, come l'auto esame del seno e l'esercizio fisico e a stili di vita rischiosi, come l'abuso di alcol (D'Angelo & Braibanti, 2007).

La teoria Socio-cognitiva e il costrutto dell'autoefficacia (*Social Cognitive Theory*, SCT, and Self-efficacy, SE). “La SCT è una delle teorie sul comportamento di salute più robuste e più frequentemente usate. Essa esplora l'interazione reciproca delle persone e del loro ambiente, e le determinanti psicosociali del comportamento di salute” (Glanz & Rimer, 2005, p. 19). Bandura (1986) fonda la SCT sul concetto di *determinismo reciproco* tra ambiente, comportamento e fattori personali (emotivi e cognitivi), che interagiscono in modo dinamico influenzandosi a vicenda. “In questo determinismo reciproco triadico, il termine reciproco si riferisce alla causalità reciproca dei fattori. Il termine determinismo è usato qui per indicare gli effetti di certi fattori piuttosto che nel senso dottrinale di azioni che sono completamente determinate da una sequenza di cause operanti in modo indipendente dall'individuo” (Bandura, 1986, pp. 23-24). Questo significa che l'ambiente, e per esso si intende sia quello sociale sia quello fisico, può influenzare tanto il comportamento quanto le cognizioni ed emozioni degli individui, ma anche gli individui hanno le abilità e le competenze per poter modificare l'ambiente al fine di renderlo adatto alle proprie esigenze (McAlister et al., 2008). In questo senso la SCT, con l'inclusione dei fattori ambientali quali determinanti di pari importanza rispetto a quelli intrapersonali, può essere considerata promotrice del crescente interesse per i più estesi ed esaurienti modelli socio-ecologici del comportamento (Braibanti & Zuino, 2006).

La SCT deriva dalla precedente teoria dell'apprendimento sociale (*Social learning theory*) dello stesso Bandura (1977)¹¹, secondo cui la maggior parte dei comportamenti umani sono il frutto di un processo di apprendimento e di esposizione a modelli comportamentali esterni; l'apprendimento può verificarsi attraverso l'esperienza diretta (*learning by doing*) o indirettamente, osservando e modellando le proprie azioni su quelle di altri in cui ci si identifica (apprendimento vicario o *modeling*). Un concetto importante, mantenuto anche nella SCT è l'apprendimento per osservazione (*observational learning*) (Bandura, 1986, p. 47), ovvero l'apprendimento su come attuare nuovi comportamenti attraverso l'esposizione alle informazioni e ai modelli comportamentali veicolati dai mass media o attraverso le relazioni interpersonali, soprattutto quelle con i pari, perché i soggetti sono propensi ad adottare un dato comportamento se il modello di riferimento è simile a sé stessi.

I processi che governano l'apprendimento per osservazione sono: l'*attenzione*, la *ritenzione*, la *produzione* e la *motivazione* (Bandura, 1986, p. 51). Ciascuno di essi è influenzato da diversi fattori, ad esempio: l'accesso ai modelli veicolati dai mass media, la relazione con i familiari e con i pari, determina quali comportamenti la persona può osservare, mentre il valore percepito di questi comportamenti e le aspettative del risultato derivante dal compiere tali azioni determinano quali comportamenti saranno

¹¹ Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. Cit in Bandura (1986).

selezionati per essere osservati con più *attenzione*. La *ritenzione* dei comportamenti osservati dipende invece dalle abilità e capacità cognitive di astrazione e organizzazione; la *produzione*, che consiste della messa in atto del comportamento osservato, dipende dalle capacità fisiche e di comunicazione e dall'autoefficacia; mentre la *motivazione* è influenzata dalle aspettative di risultato derivanti dalla valutazione costi/benefici del comportamento osservato. Il risultato dell'apprendimento, che dovrebbe essere raggiunto alla fine dei quattro processi, si configura come la capacità di azione (*behavior capability*), che comprende sia le conoscenze sia le abilità per poter mettere in atto un comportamento di salute (ovvero il soggetto deve aver appreso che cosa fare e come farlo).

McAlister, Cheryl e Guy (2008) individuano all'interno della SCT come principali determinanti ambientali del comportamento: gli *incentivi*, sottoforma di provvedimenti legislativi atti a favorire comportamenti salutari e a punire comportamenti a rischio (ad es. divieto di fumo in certe aree, tasse sugli alcolici, ecc...), e le *facilitazioni*, ovvero strumenti e strategie per permettere che il comportamento di salute possa essere messo in atto con più facilità (ad es. strutture sportive, accesso a cibi salutari nei locali pubblici, ecc...). Gli incentivi e le facilitazioni accrescono inoltre la probabilità che le persone ripetano determinati nuovi comportamenti appresi, e in questo caso vengono anche chiamati *rinforzi* (Bandura, 1986, p. 232-242). I rinforzi positivi (ricompense) fanno crescere la probabilità che le persone ripetano il comportamento, mentre i rinforzi negativi (punizioni) motivano la persona a non ripetere l'azione per evitare sanzioni o stimoli negativi (es. l'allarme in automobile che ricorda di allacciare le cinture). I rinforzi interni riguardano le ricompense che la persona dà a sé stessa per aver messo in atto il comportamento (es. la soddisfazione e il piacere personale), mentre quelli esterni sono costituiti dagli incentivi e dalle facilitazioni a livello socioambientale (es. premi per la partecipazione a programmi di promozione della salute) (Glanz & Rimer, 2005).

Ricerche successive hanno inoltre evidenziato che i rinforzi possono realizzarsi in modo diretto, vicario, o attraverso l' "auto-rinforzo" (McKenzie et al., 2012, p. 189). Quelli diretti sono ad esempio feedback verbali che confermano la bontà del comportamento o del lavoro realizzato, quelli indiretti riguardano l'osservazione di altre persone che ricevono conferme per aver messo in atto determinati comportamenti, mentre l'auto-rinforzo avviene quando le persone monitorano il proprio comportamento e se riescono a svolgerlo in modo appropriato rinforzano sé stesse o si premiano. Quest'ultimo tipo di rinforzo si collega al costrutto dell'*autoregolazione* (*self-regulation*), che riguarda la capacità esercitata dagli individui nel controllare il proprio comportamento (attraverso l'auto-osservazione e il giudizio sulla propria performance monitorata), dipende da standard personali e sociali e conduce ad auto-premarsi o ad auto-punirsi (Bandura, 1986, pp. 335-337).

Le due determinanti psicosociali fondamentali della SCT sono le *aspettative di risultato* e l'*autoefficacia*. Le *aspettative di risultato* (Bandura, 1976, pp. 391-393) dipendono dalle credenze che si possano ottenere determinati risultati dai comportamenti che una persona può decidere di mettere in atto, e dal valore di questi risultati per questa persona. Il costrutto si fonda sull'idea che le persone tendano

generalmente a massimizzare i benefici e a minimizzare i costi, ma che i propri valori e le proprie aspettative siano soggettivi e dipendano dunque da percezioni personali. Le aspettative di risultato, insieme alla capacità di prevedere dei benefici dalla messa in atto dei comportamenti di salute, sono importanti soprattutto per il raggiungimento di obiettivi a lungo termine, a dispetto di comportamenti alternativi, che non hanno costi elevati e recano benefici immediati (ad esempio seguire una dieta sana per prevenire malattie croniche, al posto di consumare cibi calorici, che potrebbero essere più facili da reperire e più soddisfacenti a livello del gusto).

In questo costrutto risuona quello di *locus of control*, teorizzato da Rotter (1954)¹² nella sua versione della *Social learning theory*, che riguarda anch'essa l'aspettativa dell'individuo che i comportamenti personali conducano agli esiti desiderati. Il *locus of control* si divide in "interno" se si attribuisce a sé stessi il raggiungimento dello scopo prefissato, ed "esterno" se si ritiene che gli esiti del proprio comportamento dipendano da altri fattori, per lo più esterni, che non sono sotto il controllo dell'individuo.

Sebbene le ricerche dimostrino che c'è una buona predittività tra *locus of control interno* e comportamenti di salute, Bandura preferisce abbandonare nella sua SCT tale costrutto, in favore dell'autoefficacia, poiché "le persone che considerano i risultati come determinati da sé stessi, ma a cui manca la credenza di possedere le abilità richieste, sentirebbero una bassa auto-efficacia e considererebbero le azioni con un senso di futilità" (Bandura, 1986, p. 413). Il senso di *autoefficacia* dunque "corrisponde alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati" (Bandura, 1997, p. 23).

Varie ricerche, avviate dalla prima teorizzazione del costrutto nel 1977, hanno dimostrato che la percezione dell'efficacia personale influenza significativamente le intenzioni sia nell'adozione delle pratiche salutari sia nella modificazione dei comportamenti nocivi, e le intenzioni, nella SCT sono, con le credenze di autoefficacia stesse, i più diretti predittori dell'effettiva adozione di comportamenti di salute. Il cambiamento di comportamento quindi è visto dipendere dalla percezione della propria capacità di mobilitare le risorse personali adottando le linee di azione necessarie per rispondere adeguatamente alle richieste della situazione (Zani & Cicognani, 2000).

Una caratteristica fondamentale dell'autoefficacia, che ne spiega la capacità predittiva, rendendola particolarmente in linea con la promozione della salute è il suo carattere *proattivo* (Petrillo & Caso, 2008). L'autoefficacia influenza, come abbiamo visto, anche la motivazione poiché le persone quanto più si sentiranno capaci di affrontare il cambiamento, tanto più saranno motivate ad intraprendere le modifiche necessarie per raggiungere il nuovo obiettivo (Bandura, 1986, pp. 410-411). Come precisa Guarino (2008, p. 36), "l'autoefficacia ha un ruolo fondamentale nella regolazione della motivazione poiché agisce sulle fonti cognitive della motivazione e porta a processi di confronto e d'aspirazione tra la situazione ideale e quella reale, individuando le linee guida del comportamento, gli obiettivi da perseguire, il giusto impegno da dedicare, quanto perseverare nonostante fallimenti e ostacoli".

¹² Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall. Cit. in Bandura (1986).

Le persone acquisiscono un senso di autoefficacia in vari modi (Bandura, 1997, pp. 121-140): con esperienze passate di padroneggiamento degli eventi attraverso l'azione diretta (questa, detta anche "padronanza delle competenze", è la fonte più importante per sentirsi in grado di compiere le stesse azioni in futuro); attraverso l'esperienza vicaria, ovvero osservando le prestazioni degli altri; come risultato di persuasione verbale da parte di altri significativi, che convincono il soggetto di possedere le capacità necessarie a compiere una data azione; in base all'interpretazione data ai propri stati fisiologici ed emotivi, che possono abbassare il senso di efficacia di fronte a situazioni faticose o stressanti (ad es. il percepire dolore durante l'attività fisica, o il sentirsi in ansia durante una dieta possono essere interpretati dal soggetto come incapacità di sostenere il comportamento e non come barriere transitorie).

L'autoefficacia è inoltre una dimensione significativa dello stile di vita: "poiché lo stile di vita ha un impatto diretto sulla salute ed è regolato dall'individuo, un alto senso di autoefficacia è importante per esercitare il controllo sulle abitudini nocive. Credere nell'autoefficacia influisce pertanto significativamente sulla salute. La convinzione di sapersi motivare e di poter regolare il proprio comportamento gioca un ruolo importante nella valutazione dell'opportunità di modificare le proprie abitudini nocive. Le persone altamente autoefficaci possiedono la convinzione di poter governare il proprio comportamento e imparano come influenzare e monitorare la propria condotta tramutando in azioni le proprie convinzioni. Queste persone si prefiggono obiettivi parziali raggiungibili e motivanti, individuano incentivi e raccolgono sostegno sociale per farsi supportare nel proprio sforzo di ottenere risultati positivi" (Zucconi & Howell, 2003, p. 102).

In generale quindi, "nei termini di comportamenti in materia di salute, la SCT ci dice che un individuo cambierà il proprio comportamento se crede che il comportamento presente minacci un risultato a cui attribuisce un valore molto alto e che il nuovo comportamento potrà invece portare al risultato desiderato (aspettativa di risultato), e che è capace di portare a termine il nuovo comportamento (senso di autoefficacia)" (Spruijt-Metz, 2006, p. 145).

L'autoefficacia è stata inoltre introdotta come determinante psicosociale del comportamento rilevante per la salute in altri modelli oltre a quello socio-cognitivo, e risulta un costrutto ampiamente indagato dalle teorie e dalle ricerche sul comportamento di salute (Viswanath, 2008). Come abbiamo visto, secondo la *Teoria del processo di azione rilevante per la salute*, le convinzioni di autoefficacia svolgono un ruolo importante nel determinare le intenzioni e costituiscono (insieme alle aspettative di risultato) il fattore che più pesa in tal senso. Per la *Teoria del comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986) e della *Motivazione a proteggersi* (Prentice Dunn & Rogers, 1986) l'autoefficacia influenza rispettivamente l'atteggiamento e l'applicazione dei mezzi per il raggiungimento di una buona salute.

I risultati delle ricerche improntate a tali modelli dimostrano "con notevole regolarità che il senso di efficacia personale è una determinante attendibile delle azioni rilevanti per la salute" (Bandura, 1997, p. 389), soprattutto nell'ambito del controllo del panico e delle modifiche del comportamento alimentare (Glanz & Rimer, 2005), ma anche

dell'attività fisica, del fumo, dell'assunzione di alcool e droghe, delle abitudini sessuali (Zucconi & Howell, 2003).

Dovigo situa il costrutto nell'ambito della pedagogia della salute, affermando che: “la convinzione di autoefficacia dipende dalle esperienze passate di successo o fallimento dell'individuo, e di conseguenza da come ha costruito un'immagine di sé quale persona in grado di padroneggiare gli eventi. La promozione della salute può supportare questo processo di costruzione in modi diversi, sia incoraggiando un atteggiamento positivo rispetto alla propria efficacia, sia aiutando a sviluppare le competenze e abilità necessarie per attivare comportamenti positivi di salute e sostenerli a fronte degli ostacoli presenti nel contesto, sia infine concorrendo a rimuovere questi ostacoli” (Dovigo, 2009, p. 34).

L'empowerment nell'educazione alla salute. Come abbiamo visto precedentemente la WHO (1998) considera l'empowerment come un *processo* generale di crescita e responsabilizzazione delle persone e delle comunità, che diventa centrale nel contesto della promozione alla salute per realizzare l'obiettivo di rendere le persone capaci di esercitare il controllo sulla propria salute e di migliorarla soddisfacendo le proprie aspirazioni e i propri bisogni, anche cambiando l'ambiente circostante attraverso la partecipazione sociale, così come previsto dalla *Carta di Ottawa* (WHO, 1986). Abbiamo visto inoltre che l'empowerment è l'approccio educativo prevalente nell'ambito sia del modello bio-psico-sociale, a livello individuale (*self-empowerment*), sia del modello socio-ecologico, a livello di comunità (*community empowerment*), e costituisce uno dei concetti chiave della pedagogia della salute (Dovigo, 2009), secondo cui le pratiche educative finalizzate alla promozione della salute non dovranno mirare solo alla modifica dei comportamenti a rischio ma anche all'acquisizione delle capacità personali che portano l'individuo a fare scelte di salute (Lopez, 2004).

Nell'ambito della letteratura sulla promozione della salute, possiamo trovare diverse definizioni di empowerment, da quella generale di “qualsiasi processo attraverso il quale gli individui, gruppi o comunità possono esercitare un maggiore controllo sugli aspetti della vita quotidiana nel proprio ambiente fisico e sociale” (Pietrantonio, 2001, p. 124) a quella più articolata di “concetto multilivello alla cui determinazione e sviluppo concorrono tre dimensioni fondamentali: individuale, organizzativa e sociale o di comunità” (Zimmermann & Rappaport, 1988, p. 726). Secondo quest'ultima prospettiva, l'empowerment effettivo è dato dall'interazione sinergica tra le dimensioni individuali e psicologiche e quelle oggettive e ambientali. Per quanto riguarda la dimensione psicologica, il risultato del processo di empowerment è rappresentato dalla fiducia in sé stessi, nelle proprie capacità di azione e, in particolare, nell'acquisizione della speranza nel cambiamento possibile, attraverso la partecipazione attiva e l'assunzione di responsabilità personale all'interno della comunità di appartenenza. L'empowerment “ha a che fare con la capacità delle persone di acquisire maggior potere e controllo sulle scelte riguardanti la propria vita” (Dovigo, 2009, p. 68), e il potere a cui si fa riferimento nell'ambito della promozione della salute in un'ottica eco-sistemica, è caratterizzato da elementi individuali ed elementi di natura collettiva.

Secondo Lopez (2004, p. 8), “l’empowerment unisce in sé il valore individuale e collettivo del concetto di salute, in quanto la crescita e la responsabilizzazione cui fa riferimento non è autoreferenziale ma diretta al miglioramento dell’ambiente fisico e antropico in cui si vive. [...] L’empowerment è individuale e collettivo allo stesso tempo: è individuale, perché fa riferimento al soggetto, al suo essere nel mondo ma anche al suo *esserci*, vivere i contesti, agendo su di essi, modificandoli in funzione di se stesso; è collettivo perché questo esercizio *positivo* di potere è finalizzato sì all’autodeterminazione ma anche al cambiamento e al miglioramento dei molteplici e variegati luoghi in cui il soggetto vive”.

In questa visione in cui ambiente e persone si modificano continuamente nella transattività del loro rapporto, per cui la salute e il benessere sono condizionati non solo da fattori individuali ma anche sociali e ambientali, l’approccio dell’educazione alla salute diretto all’empowerment trova particolare sostegno nella *Teoria Socio-cognitiva* di Bandura (Marzorati, 2001a). Anche secondo Dovigo (2009, p. 71), “la teoria del determinismo reciproco risulta particolarmente rilevante per il modello di promozione della salute fondato sull’empowerment: è possibile infatti favorire la capacità volontaria di prendere decisioni e compiere scelte libere solo se tale azione coinvolge contemporaneamente le persone e il loro contesto”. Lo sviluppo delle potenzialità degli individui nel poter compiere scelte di salute sotto il loro diretto potere dipende anche da condizioni sociali, economiche e politiche favorevoli; per questo, dalla *Carta di Ottawa* in poi, come abbiamo visto, ogni documento della WHO che si riferisce alla promozione della salute pone come condizione necessaria al benessere l’abolizione delle disuguaglianze tra la popolazione. La dimensione di potere implicata nella nozione di empowerment infatti attiene a tre livelli principali: micro, riguardante l’influenza esercitata su o da individui o piccoli gruppi; meso, cioè l’influenza della vita organizzativa e di comunità; e macro, ovvero il potere delle politiche nazionali (Dovigo, 2009).

Nell’ambito del modello socio-ecologico, il punto centrale per lo sviluppo dell’empowerment è l’interconnessione tra educazione e politiche pubbliche per la salute, che dovrebbero costituire la premessa per la creazione di contesti favorevoli alle condizioni di salute. “Gli elementi chiave che contraddistinguono una comunità empowered sono, rispettivamente, la presenza di un senso di comunità (ossia la consapevolezza di essere parte di un gruppo che dà valore a sé stesso), un forte impegno e coinvolgimento nell’ottenere le finalità che la comunità si prefigge, e un investimento nel *capitale sociale*, ossia quel complesso positivo di relazioni di fiducia, di appartenenza e di senso civico che permettono il buon funzionamento delle istituzioni e di progetti sul piano economico e sociale” (Dovigo, 2009, p. 71).

Nell’ambito del modello bio-psico-sociale, che costituisce il riferimento della nostra ricerca, si parla invece di self-empowerment, o di approccio centrato sullo “sviluppo personale”, che punta al miglioramento delle competenze e delle capacità decisionali (Zani & Cicognani, 2000). Il self-empowerment si sviluppa attraverso tre processi: attribuzione, valutazione e prefigurazione (Piccardo, 1995). Il processo di *attribuzione* si riferisce all’insieme di spiegazioni che una persona cerca di dare all’evolversi degli

eventi riguardanti la propria vita; la *valutazione* riguarda le credenze personali riguardo alla possibilità di successo di un'azione; la *prefigurazione* permette invece di poter fare delle previsioni sulla performance dell'azione. Questi processi possono essere influenzati da fattori di natura socio-cognitiva, tra cui i più importanti, secondo Lopez (2004), sono l'autoregolazione, l'aspettativa di risultato e l'autoefficacia, teorizzate da Bandura (1977; 1986). La persona sarà tanto più self-empowered tanto più sentirà di poter controllare gli eventi della propria vita e di essere in grado di compiere correttamente un'azione che porterà all'avverarsi delle proprie aspettative di risultato.

Secondo un'ottica che considera invece l'educazione alla salute finalizzata a "promuovere quelle strategie di natura comportamentale e cognitiva che mettono gli individui nelle condizioni di far fronte a situazioni che provocano stress" (Lopez, 2004, p.19), il *self-empowerment* può essere favorito dallo sviluppo di autoefficacia, ma anche da competenze di *coping* e autostima (Zucconi & Howell, 2003). Come l'autoefficacia (Bandura, 1986) e il *coping* (Prentice Dunn & Rogers 1986), infatti anche l'*autostima*, ovvero il valore che le persone attribuiscono a sé stesse (Coopersmith, 1967)¹³, incide, contribuendo alla crescita del *self-empowerment*, sulla capacità di intraprendere e mantenere comportamenti di salute (Dovigo, 2009).

L'autostima è considerata uno schema comportamentale e cognitivo appreso, multidimensionale e riferito ai diversi contesti, che si basa sulla valutazione espressa da un individuo delle esperienze e dei comportamenti passati, influenza i suoi comportamenti attuali e predice quelli futuri (Petrillo & Caso, 2008). L'autostima può derivare da valutazioni sulla competenza o sul possesso di attributi che sono culturalmente investiti di un alto o di un basso valore. Nella stima che nasce dalla competenza, le persone derivano il proprio orgoglio personale dal raggiungimento completo dei propri standard di merito: chi li raggiunge o li supera è soddisfatto di sé stesso, chi fallisce nel loro raggiungimento è scontento di sé stesso (Bandura, 1986). L'autostima è inoltre influenzata dal giudizio sociale, spesso fondato su stereotipi culturali legati allo status socio-economico, all'etnia di appartenenza, al background, pertanto un soggetto che possieda reali competenze può avere una bassa autostima se viene deprecato quando non vive secondo gli standard degli altri (Coopersmith, 1967).

Frey e Carlock (1989)¹⁴ hanno individuato quattro fasi riguardanti il *concetto di sé* che conducono all'aumento dell'autostima: fase dell'identità, che si riferisce alla volontà di guardarsi con onestà e in profondità; fase dei punti di forza e debolezza, che prevede lo stabilizzarsi di una visione realistica di sé stessi in seguito all'esame dei punti di forza e di debolezza; fase dell'accudimento, in cui la persona interiorizza la nuova identità, grazie alla sua più accurata visione delle forze e delle debolezze personali, e sviluppa la capacità di prendersi cura di sé; fase del mantenimento, in cui la persona riconosce che l'autostima non è un concetto rigido e fisso bensì un processo di evoluzione che cambia con la maturazione personale. "Questo processo incoraggia la

¹³ Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman. Cit. in Bandura (1986).

¹⁴ Frey, D. & Carlock, C.J. (1989). *Enhancing Self-esteem*. Philadelphia: Accelerated Development. Cit. in Zucconi & Howell (2003).

definizione di obiettivi di salute realistici e la formazione di una persona resistente che sa muoversi con fiducia per un cammino difficile verso i cambiamenti che potenziano l'autostima e la salute" (Zucconi & Howell, 2003, p. 228).

Collegato alle dimensioni dell'autoefficacia, dell'autostima e del *coping* è il fenomeno dell'impotenza appresa (Seligman, 1975), che si realizza nel momento in cui la persona considera il suo comportamento ininfluenza sugli eventi che gli accadono, quindi non attribuisce i successi al proprio merito e perde la motivazione ad agire, assumendo un atteggiamento passivo: "l'organismo, quando è esposto ad eventi incontrollabili, impara che rispondere è inutile, e questo apprendimento fa venir meno l'incentivo a rispondere, producendo profonde interferenze con la motivazione del comportamento strumentale" (Seligman, 1975, p. 9). L'impotenza appresa, derivante prevalentemente dalle passate esperienze di fallimento, dipende tuttavia anche dalle diverse modalità di attribuzione di causalità dei soggetti agli eventi che li riguardano, influenzate dal senso di autoefficacia (Bandura, 1986) e di autostima (Dovigo, 2009).

Alla luce di tali riferimenti teorici può essere letta la definizione di *self-empowerment* nell'ambito della promozione della salute data da Tones e Tildford (2001, p. 40): "Il *self-empowerment* è la condizione in cui un individuo possiede un grado relativamente alto di potere reale, ossia una genuina potestà di effettuare delle scelte. In quanto tale è associato a un insieme di convinzioni che promuovono la sua salute (riguardanti la causalità e la natura del controllo che è in grado di esercitare), così come a un livello relativamente alto e realistico di autostima e a un repertorio di competenze vitali che gli consentono di avere effettivamente potere sulla propria salute e sulla propria vita".

Secondo Dovigo, le radici epistemologiche della prospettiva educativa basata sull'empowerment, da lui chiamata "prospettiva critica di educazione alla salute", sono rintracciabili nelle teorie pedagogiche di Paulo Freire. In *La pedagogia degli oppressi* (1971) lo studioso evidenzia come le persone debbano da un lato liberarsi dalle limitazioni socioeconomiche imposte dal potere politico, e dall'altra accrescere la consapevolezza di poter intervenire attivamente, con le proprie risorse e capacità, per raggiungere questa liberazione. Si tratta di un processo emancipativo, chiamato da Freire "coscientizzazione", che può essere raggiunto con lo sviluppo di una coscienza critica nelle persone, che porti poi al piano dell'azione. Per sollecitare nelle persone le capacità (sia cognitive che affettivo-relazionali) per avviare questo processo è necessario un approccio educativo, chiamato *dialogico*, basato sul *porre problemi*, che attivi il loro coinvolgimento diretto nella ricerca di risposte adeguate e la loro partecipazione all'acquisizione del sapere. Questo metodo, che prevede un apprendimento reciproco tra i partecipanti al processo educativo, rende le persone protagoniste della realizzazione della propria coscienza e della propria conoscenza, rivoluzionando il concetto di discente come soggetto passivo, proprio di una prospettiva educativa gerarchica finalizzata a favorire l'oppressione politica. In *Teoria e pratica della liberazione* (Freire, 1972) si propone un'educazione finalizzata a promuovere l'empowerment delle persone e quindi la loro partecipazione al controllo sulle proprie vite e sui processi della comunità di appartenenza, che si traduce nell'esercizio di un

potere condiviso indirizzato, nell'ottica della promozione della salute, a garantire la libertà delle persone nella gestione dei propri bisogni per una miglior qualità della vita.

Il processo di coscientizzazione di Freire è stato messo in atto con successo in molti interventi di promozione della salute¹⁵, che puntavano sul potenziamento del *self-empowerment* come fattore di cambiamento. Di particolare interesse, per la nostra prospettiva di ricerca sulla promozione della salute attraverso l'educazione mediale¹⁶, è lo studio di Wang e Burris (1994) su un gruppo di donne cinesi, la maggior parte analfabete, che sono state invitate a prendere parte ad un corso di fotografia per poter poi documentare la propria vita e la propria condizione sociale. In questo caso le fotostorie realizzate sono state il mezzo per sviluppare nelle donne la consapevolezza della propria situazione, e sostenere quindi il percorso di coscientizzazione intrapreso. La capacità di riuscire ad "inquadrare" una data situazione ha portato a risultati significativi, poichè "per esse fotografare la propria vita ha reso possibile una doppia acquisizione: poter registrare per le generazioni future cosa accade in un certo momento, e poter mettere in evidenza a sé stesse e a agli altri – inclusi i decisori – cosa è importante ricordare e cosa invece occorre cambiare" (Wang & Burris, 1994, p. 185).

Infine si deve sottolineare che lo sviluppo dell'empowerment secondo una prospettiva freireiana per l'educazione alla salute, soprattutto quando viene rivolta alle giovani generazioni sia in contesti formali che informali, è associato al possesso delle *life skills* (Zani & Cicognani, 2000; Lopez, 2004; Roggero et al. 2006; Gandolfo, 2007; Dovigo, 2009), che la WHO (1993) definisce come "capacità di adattamento e di comportamento positivo che permettono agli individui di affrontare in maniera efficace le esigenze e le sfide della vita quotidiana. [...] abilità personali, interpersonali, cognitive e fisiche che consentono alle persone sia di controllare e orientare la propria vita, sia di sviluppare la capacità di vivere con e di produrre cambiamenti nel proprio ambiente". Tra queste abilità, che possono aumentare e modificarsi nel tempo, a seconda delle caratteristiche sociali e ambientali dei vari contesti a livello globale, la WHO (1993) ne specifica alcune: il *problem solving*, come abilità di affrontare e risolvere in modo costruttivo i problemi quotidiani; il pensiero critico e il pensiero creativo, per analizzare le situazioni in modo analitico esplorando le possibili alternative e trovando soluzioni originali; la comunicazione efficace, per esprimersi in modo appropriato alla situazione e all'interlocutore sia a livello verbale che a livello non verbale; l'empatia, nel senso di saper discriminare e condividere le emozioni degli altri; la gestione delle emozioni e dello stress, per riconoscere e regolare le proprie emozioni e gli stati di tensione; l'autoefficacia, come convinzione di poter organizzare efficacemente una serie di azioni necessaria a fronteggiare nuove situazioni, prove e sfide.

Nella nostra rassegna sono state descritte soltanto le teorie alla base della promozione della salute – a livello individuale e interpersonale – che hanno avuto nel tempo maggior diffusione e costituiscono ancora oggi il riferimento principale per gli

¹⁵ Per una rassegna vedi Dovigo, 2009, pp. 78-83.

¹⁶ Cfr par. 1.3.

studi che adottano una prospettiva bio-psico-sociale. Attualmente, soprattutto nell'ambito della psicologia della salute, stanno però emergendo nuovi filoni di ricerca che indagano: il ruolo delle emozioni come fattore determinante i comportamenti di salute; i processi inconsci che influenzano le scelte di salute; i possibili mediatori tra intenzioni e comportamento¹⁷.

Questi studi puntano a superare la critica mossa ai modelli teorici del livello individuale di essere focalizzati in prevalenza esclusivamente sugli aspetti cognitivi (Zani & Cicognani, 2000; Pietrantonio, 2001; Mauri & Tinti, 2006; Braibanti, 2007; Guarino, 2008), che certamente da soli non possono riuscire a spiegare la multiformità del comportamento di salute.

D'altra parte tutti gli autori a cui si è fatto riferimento per illustrare i modelli teorici e le determinanti di salute sostengono concordemente che non esiste una sola teoria, o una teoria principale, in grado di spiegare esaustivamente la complessità delle dinamiche comportamentali a livello individuale, interpersonale o collettivo. Vengono infatti sempre più affermandosi, negli studi recenti sulla promozione della salute, *modelli integrati*, che mettono in relazione costrutti appartenenti a diverse teorie, per cercare di realizzare un nuovo framework teorico adeguato allo sviluppo della ricerca, come ad esempio il modello integrato della *Health promotion media literacy education* di Bergsma e Ferris (2011), che mette insieme *Teoria del comportamento pianificato*, *Teoria Socio-cognitiva* ed empowerment, di cui diremo più avanti¹⁸.

1.1.3. L'area problematica dell'obesità e i progetti di sensibilizzazione

La promozione della salute è diventato un tema di ampio dibattito a livello Europeo, soprattutto nella sua configurazione di educazione ad un sano stile di vita fin dall'infanzia per la prevenzione di disagi fisici e psicologici e la diffusione di un più ampio stato di benessere nella popolazione. Attualmente le politiche istituzionali, sanitarie, sociali ed educative dell'Unione Europea si stanno concentrando con particolare attenzione sulla prevenzione dell'obesità, considerata una patologia¹⁹ in continuo aumento soprattutto nella popolazione infantile del cosiddetto Vecchio Continente.

Da recenti dati pubblicati dal WHO (2010), si evince che gli adulti in sovrappeso in Europa sono tra il 25 e il 70%, a seconda del Paese, mentre gli obesi sono il 5-30%, e il dato è ancora più significativo se si considera che la prevalenza di obesità si è triplicata dagli anni Ottanta e continua a crescere. Il primo studio dell'*European Childhood Obesity Surveillance* (2010) realizzato in 13 Paesi europei tra cui l'Italia, ha rilevato che il 24% dei bambini tra i 6 e i 9 anni è in eccesso ponderale (sovrappeso o obeso). Per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni, invece, viene effettuato ogni 4 anni lo studio multicentrico internazionale Hbsc - *Health Behaviour in School-aged Children* (WHO, 2008) e,

¹⁷ Per una rassegna di ricerche riferibili a questi nuovi filoni vedi Mauri e Tinti (2006) e Braibanti (2007).

¹⁸ Cfr. Par. 1.3.3.

¹⁹ La WHO ha inserito l'obesità nella Classificazione Internazionale delle malattie ICD-10 (1994).

secondo i dati presentati nel 2008, la prevalenza dell'eccesso ponderale in questa fascia d'età oscilla dal 6% al 31%. L'obesità è responsabile dell'8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi in diverse parti della Regione Europea e il carico delle malattie associato a una nutrizione errata, come le patologie cardiovascolari, il cancro e il diabete, continua a crescere (WHO, 2012a). La situazione in Italia è monitorata dall'Osservatorio del Ministero della Salute "Okkio alla Salute", il cui più recente rapporto, risalente al 2010, conferma l'andamento europeo stimando che il 23% dei cittadini dagli 8 ai 9 anni è in sovrappeso mentre l'11% è obeso e, "se si assumono questi valori per tutta la popolazione italiana di 6-11 anni, si stima che circa un milione e centomila bambini siano in eccesso ponderale" (Spinelli et al., 2012, p. 53). Tali dati coincidono con l'indagine pubblicata dall'Ocse nel 2010 – *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat* – che dichiara lo stato di sovrappeso (comprendente anche l'obesità) per un minorenni italiano su tre. Inoltre, secondo i primi dati²⁰ dello studio della Commissione Europea, denominato *Idefics (Identification and prevention of Dietary - and lifestyle-induced health Effects In Children and infantS)*, svolto con oltre sedicimila bambini di età tra i 2 e i 9 anni di 8 paesi Europei, in Italia l'obesità infantile è cresciuta del 2,5% negli ultimi 5 anni e si stima che nel 2025 il 43% di cittadini italiani potrebbe essere in sovrappeso.

Si parla di "obesità infantile quando il peso di un bambino supera del 20% il peso ideale (in base al sesso e all'altezza) e di sovrappeso se lo supera del 10-20%. L'obesità infantile è dovuta ad un insieme di concause: scarsa educazione alimentare, predisposizione genetica, stile di vita (spesso troppo sedentario), ambiente familiare e condizioni socioeconomiche. È però da sfatare la convinzione generale che un bambino diventi obeso solo perché mangia troppo; non sempre infatti, un bambino 'ciccietello' è necessariamente un 'mangione'; più frequentemente capita che egli preferisca cibi molto calorici, ricchi di zuccheri e grassi, associati a bevande dolci. I bambini in sovrappeso hanno un rischio notevolmente maggiore di diventare degli adulti obesi e di soffrire, nel loro futuro, delle tipiche complicanze derivanti dall'obesità come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiocircolatorie, i calcoli biliari, l'artrosi e alcuni tipi di tumore (patologie tanto più frequenti quanto più precoce è l'obesità)" (Ministero della Salute, 2011).

Ma, per i più giovani, si aggiungono anche problemi di tipo psicologico e sociale, poiché "i bambini e gli adolescenti obesi sono spesso esclusi dai gruppi dei pari e vivono esperienze di tensione psicologica, hanno una scadente immagine del proprio corpo e scarsa autostima" (Marzorati, 2001b, p. 212). L'alimentazione non corretta, assieme alla mancanza di esercizio fisico, rientra inoltre tra i quattro stili di vita e comportamenti patogeni (assieme a: guida pericolosa, rapporti sessuali a rischio, e dipendenze da alcol, droghe, tabacco) individuati da Guarino (2008).

Alla luce di queste considerazioni, la corretta alimentazione diventa una componente molto rilevante nella definizione di uno stile di vita salutare, e le abitudini alimentari

²⁰ Dati resi noti il 15 febbraio 2012. Cfr. sito del quotidiano "La Repubblica": http://www.repubblica.it/salute/alimentazione/2012/02/16/news/allarme_obesit_nel_2025_saranno_20_milioni_un_costo_sociale_inostenibile-29979401/. Consultato in data 30/06/2012.

scorrette possono rappresentare un primo fattore di rischio per l'insorgenza delle più frequenti patologie non trasmissibili. Il ruolo dell'alimentazione come fattore di prevenzione delle principali patologie cronico-degenerative è dimostrato da molteplici ricerche scientifiche che hanno esaminato la relazione esistente tra alimentazione, sovrappeso, obesità e patologie tumorali (il cui 30% è causato da un'errata alimentazione), cardiovascolari e diabetiche (di cui l'alimentazione è il principale responsabile). Si può dunque affermare che “i modelli alimentari sani appresi nell'infanzia e nell'adolescenza promuovono una salute, una crescita ed uno sviluppo intellettuale ottimali; prevengono problemi sanitari immediati, quali anemia sideropenica, obesità, disordini alimentari e carie dentaria e possono prevenire problemi sanitari a lungo termine, quali cardiopatia ischemica, cancro e ictus cerebrale” (Marzorati, 2001b, p. 208).

Tra le cause di una cattiva alimentazione, oggi, pesano in modo consistente alcuni fattori di trasformazione sociale che condizionano fortemente i comportamenti e le scelte fatte a tavola, tra cui i principali sono: la destrutturazione della preparazione dei pasti (che si manifesta nella ricerca e nel consumo dei prodotti “ready to cook” e “ready to eat” a discapito di alimenti freschi che necessitano di una preparazione come frutta e verdura, carne o pesce); la destrutturazione della giornata alimentare (che si manifesta frantumando il ritmo tradizionale “colazione, spuntino, pranzo, merenda, cena” e moltiplicando le occasioni di consumo istantaneo e sregolato di alimenti reperibili in ogni ora del giorno, in ogni stagione e in ogni situazione, ma spesso di inadeguata qualità nutrizionale); la diffusione dei pasti fuori casa (con la ristorazione sociale e commerciale, che delega alle aziende il compito di scegliere qualità, abbinamenti e porzionature dei cibi di tutti i giorni, accentuando nei fruitori una inevitabile passività rispetto ai modelli di consumo e agli stili alimentari) (MIUR, 2011).

L'obesità è stata definita anche come “epidemia sociale” dalla WHO (1997) proprio per sottolineare l'influenza dei fattori socio-ambientali nello sviluppo di questa patologia, che si sommano ai fattori individuali, come ad esempio: caratteri biologici ed eventuali malattie metaboliche infantili, status sociale (ad. es. basso reddito e bassa scolarizzazione sono associate a scarso consumo di alimenti sani), struttura psicologica del singolo e qualità del suo percorso evolutivo (ad es. difficoltà ad adeguarsi alle norme sociali, l'insufficiente capacità di incanalare la propria energia in attività creative), rinforzi sociali (es. una famiglia che incita a mangiare) o eventuali difficoltà relazionali (ad es. il sentimento di non accettazione da parte dei pari) (Pietrantonio, 2001; Guarino, 2008). Questa costellazione di cause dell'obesità porta a considerare gli interventi a favore di una sana alimentazione in un'ottica globale di promozione del benessere delle persone, che si raggiunge oltrepassando la pur necessaria somministrazione di cibi poco calorici e opportunamente porzionati, per andare ad incidere su quelle determinanti socio-cognitive illustrate nel paragrafo precedente, attraverso lo sviluppo delle capacità individuate dall'empowerment per la promozione della salute. Petrillo e Caso (2008) sottolineano come un approccio valido per prevenire l'obesità non debba solo informare sui rischi, ma si strutturi sul principio della “formazione attiva e partecipata” del soggetto e di chi ne è predisposto alla cura

(genitori, insegnanti, medici, ecc...), lasciando al centro il minore nel suo processo di sviluppo senza prescindere dal ruolo educativo dell'adulto.

Per fronteggiare il problema dell'obesità, la Commissione Europea, già l'8 dicembre 2005, ha emanato il Libro Verde *Promuovere un'alimentazione sana e l'attività fisica: una dimensione europea per la prevenzione dei sovraccarichi ponderali, dell'obesità e delle malattie croniche* (Commissione Europea, 2005), raccogliendo le istanze emerse dalle Conclusioni del Consiglio Occupazione, Politica sociale, Sanità e Consumatori (2005) nel documento *Obesità, nutrizione e attività fisica*, dove si invitano gli Stati membri a favorire l'educazione scolastica in materia di scelte alimentari e a promuovere nelle scuole un'alimentazione sana, mettendo a punto attività di educazione nei settori della nutrizione e dell'attività fisica, che “dovrebbero far parte integrante dell'istruzione e della sanità in generale”.

A tale documento è seguita l'omonima Risoluzione del Parlamento europeo dell'1 febbraio 2007 che ha ulteriormente incoraggiato gli Stati membri a riconoscere che “l'educazione in materia di alimentazione e salute fin dalla più giovane età è fondamentale ai fini della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità”, ed ha sottolineato come “i media (TV, radio, Internet) rimangano più che mai uno strumento pedagogico essenziale per l'apprendimento della salute nutrizionale, che dovrebbe dare ai consumatori consigli pratici per consentire loro di trovare il giusto equilibrio fra apporto giornaliero di calorie e dispendio energetico, e in definitiva garantire loro una libertà di scelta”.

Ispirato sia al 7° programma quadro di ricerca dell'UE (2007-2013), che pone tra gli obiettivi fondamentali del capitolo sulla salute e l'alimentazione la prevenzione delle malattie legate all'obesità, sia alle linee guida del Libro Verde (Commissione Europea, 2005) è il Libro Bianco *Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità*, approvato dalla Commissione Europea il 30 maggio 2007. Con tale documento l'UE intende fornire un approccio integrato delle politiche in materia di alimentazione e di consumo e nei settori dello sport, dell'istruzione e dei trasporti, che possa consentire di ridurre i problemi di salute connessi ad una cattiva alimentazione. La Commissione propone agli Stati membri “l'elaborazione di campagne d'informazione e di educazione specifiche (cattiva nutrizione, sovrappeso) destinate a pubblici vulnerabili”, ritenendo “efficaci le azioni svolte a livello locale destinate a gruppi di giovani (0-12 anni) nel settore dell'educazione nutrizionale e dell'educazione fisica: discipline prioritarie nel nuovo programma per l'istruzione e la formazione durante l'intero arco della vita”.

L'attuale *Piramide alimentare della dieta mediterranea*, elaborata da scienziati ed esponenti istituzionali europei durante la Terza Conferenza Internazionale del CIISCAM (Centro Interuniversitario Internazionale per lo Studio delle Culture Alimentari Mediterranee) e dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), tenutasi a Parma il 3 novembre 2009, per la prima volta è composta da indicazioni relative non solo alle quantità di alimenti da assumere per una sana nutrizione, ma anche di carattere pratico, come ad esempio “bere molta acqua”, “fare attività fisica”, “variare i colori”, che, assieme al concetto di “convivialità” e ai

“prodotti locali stagionali”, ne costituiscono la base. Vengono dunque anche in questo caso valorizzati alcuni tratti importanti dello stile di vita sano (attività fisica e corretta nutrizione), in linea con i programmi e i documenti relativi alle politiche sulla salute e sull’educazione alla sana alimentazione dell’Unione Europea sopra accennati.

Lo Stato italiano, oltre a riconoscere il diritto costituzionale alla salute²¹ riprendendone la definizione sottoscritta nel 1946 come membro della WHO (Muzzati, 2012), in recepimento delle direttive internazionali, ha attuato una serie di progetti volti promuovere una corretta alimentazione come componente di uno stile di vita salutare, indirizzati ai minorenni per prevenire l’obesità, di cui riporteremo i principali per diffusione ed investimento finanziario.

Il Ministero della Salute ha pubblicato nel 2007 il documento *Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari*, che racchiude una serie di intenzioni programmatiche e indicazioni attuative per un intervento di comunicazione sociale-istituzionale volto a promuovere: il consumo di frutta e verdura; la riduzione della concentrazione di sale, zuccheri, grassi negli alimenti; la riduzione della quota di alimenti altamente calorici nella dieta; la riduzione del fumo di sigaretta e dell’assunzione scorretta di bevande alcoliche. Questo progetto punta su: strategie comunicative, per accrescere la consapevolezza su tematiche di salute, attraverso campagne d’informazione su conoscenze, atteggiamenti e comportamenti relativi alla sana alimentazione raggiungendo un vasto numero di persone; strategie di politica della salute, volte a mettere il cittadino al centro delle scelte per il proprio benessere e a impegnare il governo a rendere possibili queste scelte; strategie educative, proponendo l’implementazione di interventi mirati al consumo di frutta e verdura e alla sana alimentazione rivolti alle scuole. In tale programma rientrano anche le iniziative per bambini e adolescenti, promosse dal Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali, che coniugano educazione alla sana alimentazione e linguaggi mediali, in recepimento delle linee guida previste dal *Libro verde* della Commissione Europea (2005).

Un altro progetto è *Food For You*, nato nel 2005 e dedicato ai giovani dai 14 ai 19 anni dei Paesi europei. Si tratta di una iniziativa è legata ad un concorso internazionale che ha come obiettivo quello di far riflettere gli adolescenti sull’importanza della loro dieta per il benessere presente e futuro. I partecipanti sono invitati a realizzare spot televisivi sul tema “I giovani ed una alimentazione consapevole”.

Altro progetto ancora è *Mangia bene, cresci meglio* (2007), legato ad un concorso che coinvolge gli alunni italiani dagli 11 ai 13 anni. Le scuole che aderiscono all’iniziativa devono avviare laboratori di educazione mediale per la realizzazione di annunci pubblicitari sui temi della sana alimentazione e della varietà e qualità del patrimonio agroalimentare del proprio territorio.

²¹ “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Costituzione della Repubblica Italiana, 1948, articolo 32.

Nel 2010 arriva anche in Italia il programma comunitario *Frutta nelle scuole*, introdotto dal regolamento CE n. 1234/2007, con il fine di promuovere il consumo di frutta e verdura tra gli alunni delle scuole primarie e di favorire la conoscenza dei prodotti ortofrutticoli: varietà e stagionalità, caratteristiche nutrizionali e, soprattutto, la loro importanza per una dieta equilibrata e sana. Il progetto prevede la distribuzione di frutta 1 o 2 volte a settimana, accompagnata da visite a fattorie didattiche, creazione di orti scolastici, giornate a tema, distribuzione di materiali informativi e gadget. A sostegno di questo progetto il Ministero ha organizzato il concorso fotografico *Tutti pazzi per la frutta*, aperto alle famiglie degli studenti delle scuole primarie italiane, che possono partecipare proponendo fotografie sul tema della frutta e della verdura nel proprio ambito quotidiano.

Da questa prima rapida rassegna di progetti diffusi in ambito nazionale per sensibilizzare ai temi della sana alimentazione ed incrementare il consumo di frutta e verdura si può chiaramente constatare come il luogo privilegiato di attuazione degli interventi sia la scuola, ritenuto particolarmente idoneo alla promozione della salute (Pellai & Marzorati, 2001; Ghedin 2004; Guarino, 2008; Dovigo, 2009). Nella scuola sin dall'età infantile, gli esseri umani sviluppano la propria personalità, attraverso l'acquisizione di conoscenze, la sperimentazione di nuove e diverse relazioni, la costruzione del proprio universo di valori. E alla scuola vengono demandati compiti educativi precedentemente svolti dalle famiglie: “fino a non troppi anni fa l'educazione alimentare si faceva in famiglia, dove gli adulti trasferivano ai giovani i molteplici valori del cibo consumato tutti i giorni. In questi ultimi decenni la famiglia ha vissuto passaggi e cambiamenti così veloci e profondi da non consentire più un'azione di guida nelle scelte e nei comportamenti di consumo dei ragazzi” (MIUR 2011, p. 12). Per contro, la scuola di oggi, che gode ormai da oltre dieci anni dell'autonomia (DPR n. 275 del 08.03.1999), si presta ad accogliere la sfera della salute tra i suoi ambiti privilegiati, che dovrebbero riguardare sempre di più la quotidianità dell'alunno e il suo ruolo nella co-costruzione della conoscenza e nell'acquisizione delle abilità che gli consentano di gestire con consapevolezza e responsabilità le proprie scelte di vita.

Con la legge 45/1999 *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze* lo Stato italiano affida all'allora Ministero della Pubblica Istruzione e alla scuola due funzioni principali in ordine alla prevenzione delle dipendenze patologiche e all'educazione alla salute: quella informativa e quella educativa, da esplicitare in modo continuativo e strutturale, attraverso programmi che si avvalgano degli strumenti ordinari dell'attività scolastica e mediante un'azione concertata e condivisa con le agenzie socio-sanitarie del territorio.

La scuola italiana “si configura come l'istituto sociale che prima di ogni altro può assolvere il compito di guidare il processo radicale di riappropriazione e di esplorazione emotiva e culturale del patrimonio alimentare del nostro Paese. La scuola si rivela il luogo di elezione per fare una vera Educazione Alimentare attraverso il suo radicamento territoriale, la sua ricchezza interculturale, il dialogo, l'osservazione quotidiana con i

ragazzi, con il presidio costante e interdisciplinare del percorso formativo, con la possibilità di costruire connessioni cognitive mirate” (MIUR, 2011, p. 7). Inoltre l’ambiente scolastico possiede di per sé caratteristiche strutturali favorevoli: “è un contesto circoscritto che offre risorse strutturali/organizzative [...], consente di raggiungere virtualmente tutta la popolazione [...], l’utenza è formata da persone giovani che stanno iniziando (o non hanno ancora iniziato) ad adottare abitudini/stili di vita malsani: intervenire in questa fase può essere più efficace, perché l’apprendimento di stili di vita salutari può persistere anche durante l’età adulta” (Guarino, 2008, p. 110). Secondo Marzorati (2001b, p. 208) “i programmi sanitari scolastici possono aiutare bambini e adolescenti a raggiungere un potenziale educativo completo ed una buona salute, fornendo loro le capacità, il supporto sociale ed il sostegno ambientale necessari all’adozione di comportamenti alimentari sani protratti nel tempo”.

Le tre aree che, secondo Dovigo (2009), dovrebbero essere fondamentali nei percorsi progettuali di pedagogia della salute a scuola sono: la conoscenza sulla salute; le life skills orientate alle abilità e competenze riguardanti la salute; l’educazione sociale, mirata ad approfondire la consapevolezza rispetto alle dimensioni sociali coinvolte nella cura di sé e degli altri. In prospettiva bio-psico-sociale “si riconosce che la scuola costituisce un ambito importante di socializzazione secondaria, che concorre alla costruzione e definizione dell’identità tramite l’affinamento di competenze di autovalutazione, interattive e sociali e l’appropriazione di abilità utili per il loro carattere funzionale a processi di adattamento e integrazione” (Petrillo & Caso 2008, p.35).

La scuola dell’autonomia è diventata un soggetto attivo nel costruire e definire la domanda di formazione e quindi di crescita e di sviluppo dei ragazzi all’interno di uno specifico territorio, attraverso il dialogo tra domanda sociale e bisogni individuali di educazione a cui partecipano non solo gli alunni e i docenti, ma anche le famiglie, le istituzioni e le comunità che popolano quel territorio (Gandolfo, 2007). In tale dinamica la salute diviene un contenuto essenziale degli stessi processi educativi, una sorta di “meta concetto” capace di dare nuova organizzazione e nuova possibilità di risposta alle diverse problematiche che caratterizzano questa domanda di formazione (Braibanti & Zuino, 2006). Nella *Dichiarazione di Jakarta*, la WHO (1997a) mette in evidenza che “ogni bambino ha diritto e dovrebbe avere l’opportunità di ricevere istruzione in istituzioni scolastiche che promuovono la salute [...] la salute è direttamente collegata ai risultati scolastici, alla qualità della vita e alla produttività economica. La ricerca, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, ha dimostrato che i programmi scolastici per la salute possono contemporaneamente ridurre i problemi di salute, accrescere l’efficienza del sistema scolastico e migliorare lo sviluppo della salute pubblica, dell’istruzione e dell’economia di ogni Paese”. La “scuola sana”: incoraggia la salute e l’apprendimento con tutte le misure di cui dispone; si impegna a migliorare la salute non solo degli studenti ma anche del personale scolastico, delle famiglie e dei membri della comunità; coinvolge i dirigenti sanitari e scolastici, gli insegnanti e i loro sindacati, gli studenti, i genitori, gli operatori nel campo della salute e le personalità di spicco della comunità nell’impegno di rendere la scuola un luogo sano; si adopera per

fornire un ambiente favorevole alla salute, comprendente programmi di promozione della salute per gli studenti e programmi sulla sana alimentazione; realizza politiche e pratiche che rispettano l'autostima dell'individuo, forniscono molteplici opportunità di successo e riconoscono gli sforzi positivi e le buone intenzioni non meno dei risultati personali; è centrata non sull'insegnamento ma sulla facilitazione dell'apprendimento, e si avvale di docenti efficaci nel promuovere la crescita dei propri studenti (WHO, 2002).

Lo Stato italiano ha aderito già nel 1991 ad un progetto per l'integrazione della promozione della salute nel sistema educativo nazionale, lanciato dalla Commissione Europea, dall'Ufficio regionale della WHO per l'Europa e dal Consiglio d'Europa, sotto il nome di *European Network of Health Promoting School* (ENHPS) (Stewart Burgher et al, 1999), oggi *Schools for Health in Europe* (SHE, 2007), che pone l'educazione e la salute come binomio inscindibile, riconoscendo alla scuola come istituzione un ruolo fondamentale nell'attivazione di processi atti a realizzare il benessere delle giovani generazioni. I ministeri che fanno parte della rete si impegnano a promuovere un sistema scolastico che offra: ambienti salubri e sicuri; la diffusione di stili di vita sani tra gli alunni, le famiglie, gli operatori; la partecipazione delle famiglie e della comunità a iniziative di promozione della salute; il protagonismo degli alunni nella costruzione del loro sapere attraverso metodologie attive; la formazione di un pensiero critico, in grado di condurre gli alunni a scelte ponderate e ragionevoli a favore della salute propria e altrui. I principi a cui devono ispirarsi le scuole che promuovono la salute sono: democrazia, equità (pari opportunità formative), empowerment, attenzione al curriculum, formazione degli insegnanti.

Il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR), nel contesto della rete SHE, ha scelto di concentrarsi su un ampio progetto di educazione alimentare nel quadro dell'educazione alla salute, coniugando le specificità delle realtà locali con le linee di tendenza emergenti sul piano nazionale e internazionale. Nel 2005 è stato attivato il sito *Essere e Benessere* - realizzato dal MIUR e Federalimentare con la collaborazione del Ministero dei Beni Culturali e Ambientali – che si propone come uno “spazio aperto” per diffondere informazioni e conoscenze e per attivare un confronto costruttivo fra tutti i soggetti, studenti, docenti, famiglie, esperti del settore, interessati alla tematica della salute in relazione all'alimentazione e al movimento. Sul piano pratico si offrono alcune *Linee guida per un corretto stile di vita* (MIUR, 2005), come spunti di riflessione sull'alimentazione e il movimento che, proprio perché radicati nella quotidianità, rappresentano fattori strategici per una crescita armoniosa di bambini e adolescenti. Le Linee guida, in particolare, sono proposte come strumento flessibile, teso a fornire una traccia di lavoro entro cui genitori, docenti ed educatori, possono inserirsi per formulare suggerimenti, presentare esperienze realizzate, offrire contributi scientifici e materiale didattico: il prodotto finale costituirà in tal modo il risultato di una cooperazione ad ampio raggio, quale garanzia di condivisione e di accettazione da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Nell'ambito dei programmi politici istituzionali, ispirato a *Essere e Benessere* e come risposta alle indicazioni espresse dal Libro Bianco della Commissione Europea (2007), è nato *Scuola e Cibo – Piano di educazione scolastica alimentare, 2009-2015*, con l'obiettivo di sviluppare e promuovere nelle scuole iniziative a favore dell'educazione ad una sana nutrizione e alla sicurezza alimentare. Attraverso questa iniziativa si introduce l'educazione alimentare a scuola come materia interdisciplinare, da affrontare quindi coinvolgendo anche altri ambiti di studio, in particolare quello scientifico, storico-geografico e della "Cittadinanza e Costituzione" (MIUR, 2009). Secondo Stefanini e Pellai (2001, p. 61) "una didattica interdisciplinare vede l'identità delle singole discipline, i loro obiettivi, i linguaggi, i contenuti e le tecniche d'indagine a servizio di un apprendimento diretto alla risoluzione dei problemi, privilegiando nel bambino le abilità di osservazione, di analisi, di ricerca, di esplorazione e di elaborazione a loro volta considerate azioni base per promuovere conoscenze". Il coordinamento di tutte le attività del progetto è stato affidato dal MIUR ad un Comitato tecnico-scientifico composto da professionisti del settore alimentare (docenti, medici, dietologi e comunicatori) in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali e il Ministero della Gioventù. L'iniziativa coinvolgerà nel quinquennio gli alunni italiani dalla scuola primaria alle scuole secondarie, i docenti e i genitori, e gli stakeholder istituzionali, economici e sociali, poiché uno degli assunti fondamentali è che l'alimentazione sia un atto culturale, da elaborare in tutte le discipline, nelle relazioni familiari e nel territorio. I valori su cui si fonda l'educazione alimentare di "Scuola e Cibo" sono la consapevolezza, l'intercultura, l'etica, la salute, la sicurezza, la sostenibilità, la stagionalità e la territorialità, che si declinano nei seguenti contenuti: gli alimenti e i 5 sensi, la nutrizione, la conoscenza del cibo, l'igiene e la sicurezza, la cultura del cibo. Il progetto dovrebbe essere presentato nel 2015 all'Expo Universale di Milano, che ha come tema "Nutrire il Pianeta, Energia per la vita", a cui l'Italia parteciperà portando esempi di iniziative legate ai temi della certificazione di qualità, tracciabilità di filiera, sicurezza e tipicità alimentare, sostenibilità ambientale, che trovano sempre più spazio nella sfera socio economica del consumatore italiano (MIUR, 2009).

Nell'ottobre 2011 il MIUR ha emanato inoltre le *Linee guida per l'educazione alimentare nella scuola italiana*, considerando prioritario l'impegno delle scuole di ogni ordine e grado nell'agire sul piano dell'educazione alimentare, nel rispetto della propria specifica competenza educativa e in collaborazione con le altre Istituzioni. Attenzione particolare è stata fornita agli aspetti metodologici per l'elaborazione dei curricula e per l'organizzazione delle attività educative e didattiche finalizzate all'adozione di una educazione alimentare graduale, progressiva e operativa. Le linee guida sono state redatte dal comitato tecnico scientifico per l'attuazione del programma *Scuola e Cibo*, che ha adottato un approccio sistemico, attento non soltanto ai prodotti alimentari e ai soggetti che li consumano, ma anche ai luoghi fisici (es. casa, scuola, locali pubblici) in cui avviene il consumo alimentare, ai contesti sociali (es. famiglia, compagni di classe, amici), alle politiche locali (es. iniziative per la valorizzazione della stagionalità e del "chilometro zero", dei prodotti "tipici" e del biologico) . Viene ribadita inoltre la

necessità di sinergie per la promozione del benessere come indispensabile elemento di crescita, capaci di coinvolgere tutti i soggetti della vita sociale, istituzioni socio sanitarie, enti locali, industria alimentare, mondo agricolo, della distribuzione, della vendita e della comunicazione, ma soprattutto le famiglie, che con la scuola condividono un patto di corresponsabilità educativa. In linea con le *Indicazioni nazionali per i piani di studio personalizzati* (D.Lgs n. 59 del 19.02.2004) le varie proposte mirano a promuovere negli allievi, in rapporto alla loro età, conoscenze e abilità che conducano allo sviluppo di competenze personali e di competenze specifiche disciplinari. La finalità dell'educazione alimentare nella scuola italiana è "il generale miglioramento dello stato di benessere degli individui, attraverso la promozione di adeguate abitudini alimentari, l'eliminazione dei comportamenti alimentari non soddisfacenti, l'utilizzazione di manipolazioni più igieniche degli alimenti e un efficiente utilizzo delle risorse alimentari" (MIUR, 2011, p. 18). Nel breve e medio periodo dovrebbero essere attuati nell'ambito dei progetti scolastici di educazione alimentare i seguenti obiettivi: incentivare la consapevolezza dell'importanza del rapporto cibo-salute; favorire l'adozione di sani comportamenti alimentari; promuovere la conoscenza del sistema agroalimentare; promuovere la trasversalità dell'educazione alimentare sugli aspetti scientifici, storici, geografici, culturali, antropologici, ecologici, sociali e psicologici legati al rapporto personale e collettivo con il cibo; promuovere un concetto di qualità complessiva del cibo, che incorpori i valori emergenti relativi a sostenibilità, etica, stagionalità, intercultura, territorialità.

Per la definizione delle attività educative il MIUR (2011) invita a considerare "l'atto del mangiare" nella sua dimensione più propria, che non coinvolge solo gli aspetti della fisiologia, ma è determinato anche da fattori di tipo psicologico, sociale e culturale, e a concentrarsi su cinque aree tematiche: il rapporto sensoriale con gli alimenti, la nutrizione e l'ambito scientifico, la merceologia, l'igiene e la sicurezza alimentari e l'approccio culturale al cibo.

A livello teorico gli interventi di educazione alimentare, secondo il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, dovranno fare riferimento agli approcci socio-cognitivi, che abbiamo precedentemente illustrato, e costruttivisti²². Tra le caratteristiche principali dei progetti che dovranno essere adottati dalle scuole figurano: il favorire l'apprendimento per esperienza, l'attenzione all'unità dei saperi (interdisciplinarietà) e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione²³.

Nell'ottica della promozione di sinergie il MIUR ha sottoscritto inoltre nel luglio 2012 un nuovo protocollo d'intesa con Federalimentare per il progetto *Il gusto fa scuola* (Federalimentare, 2012), in cui si ribadisce la convinzione che l'educazione alimentare, abbinata ad un'adeguata attività fisica, rappresenti la via più efficace per combattere il sovrappeso e l'obesità. I due enti hanno inoltre individuato alcuni "strumenti formativi"

²² L'orientamento teorico costruttivista e socio-costruttivista sarà illustrato nel paragrafo 1.2.2., a proposito delle teorie dell'educazione mediale.

²³ Questa parte delle linee guida sarà approfondita al paragrafo 1.3., che tratta il tema dell'educazione mediale come approccio per la promozione della salute.

idonei a favorire l'implementazione di attività di educazione alimentare in ambito scolastico, come ad esempio: corsi di formazione per docenti, tool digitali e tecnologici a supporto della didattica, convenzioni di alternanza scuola-lavoro, sostegno alla ricerca tecnologica in campo agroalimentare, visite didattiche in azienda, interventi mirati da svolgersi con gli alunni in classe.

1.2. Educazione mediale

Fin dalla nascita dei primi mezzi di comunicazione di massa, dai giornali, alla radio, e soprattutto alla televisione, si è avviato un dibattito riguardante il rapporto tra media e società, che ancora oggi, con l'affermarsi delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, porta a contrapporre i loro sostenitori, che li considerano come opportunità di crescita, soprattutto culturale e sociale, ai loro detrattori, convinti che essi impoveriscano le relazioni e le capacità cognitive e affettive degli esseri umani (Eco, 1964; Kermol & Pira, 1999, Conte, 2005). In tale scenario, l'educazione mediale si è posta prima come strategia "difensiva", per educare soprattutto le giovani generazioni a "proteggersi" dai contenuti veicolati dai mezzi di comunicazione, e successivamente come strategia "propositiva" per affrontare con i fruitori stessi i temi trattati dai media e i linguaggi da essi utilizzati (Drasig, 2006). Oggi l'educazione mediale tiene conto della presenza sociale e culturale dei mezzi di comunicazione nella nostra società, dell'evoluzione della tecnologia e delle funzioni dei media nella formazione (Onorati, 2006).

Si distinguono all'interno dell'educazione mediale "due aree di saperi ed intervento: essa è innanzitutto una prassi educativa, cioè un campo metodologico e di intervento didattico; in seconda istanza è riflessione teorica su questa prassi, cioè individuazione di obiettivi, elaborazione di metodologie atte a conseguirli, messa a punto di strategie valutative a considerarne gli effetti" (Rivoltella, 1997, p. 13). La prima area prende forma in due principali approcci metodologici, *critical* (Masterman, 1994) e *production* (Buckingham, 2003), che oggi vengono adottati principalmente nella prospettiva di un'educazione *attraverso* i media, assumendo che il messaggio non corrisponda alle caratteristiche del medium (come nella celebre locuzione di McLuhan (1964) "il mezzo è il messaggio"), ma che si determini attraverso il processo educativo, ovvero "il processo è il messaggio" (Galliani, 1979; 2002a).

La riflessione teorica attuale si fonda principalmente sul filone dei *cultural studies*, per quanto riguarda le questioni relative al rapporto tra i media e la società, e sulla semiotica, per quanto riguarda l'analisi dei generi, dei codici, dei linguaggi e dei processi comunicativi sottostanti un testo mediale (Ardizzone & Rivoltella, 2008; Brown, 2001; Craggs, 1992; Lemish, 2007; Mastermann, 1994; Messina, 2004; 2007; Ottaviano, 2001; Pavesi, 2001; Rivoltella, 1997; 2001a). Per quanto riguarda invece i presupposti pedagogici delle *buone pratiche* in seno all'educazione mediale, i

riferimenti maggiormente citati in letteratura (Ardizzone & Rivoltella, 2008; Falcinelli, 2006; Felini, 2004; Gonnet, 1997; Ottaviano, 2001; Rivoltella, 2001a) sono la *scuola-laboratorio* di Freinet e la *pedagogia degli oppressi* di Freire.

Importanti organismi internazionali, come l'Unesco (2002) e la Commissione Europea (2009), caldeggiando l'educazione mediale in tutti i contesti e a tutte le età, partendo dalle scuole di ogni ordine e grado, per arrivare al terzo settore (servizi sul territorio e servizi alle persone in stato di disagio), fino alla formazione aziendale. La creazione di una cittadinanza attiva e partecipativa in grado di fruire consapevolmente e criticamente dei messaggi mediali, avendo le capacità inoltre di utilizzare i media per esprimersi efficacemente, viene considerata la base per una vera democrazia.

1.2.1. Definizioni di educazione mediale e principali di teorie di riferimento

L'educazione mediale²⁴ viene definita oggi in ambito europeo come: "l'abilità di accedere ai media, di comprendere e valutare criticamente i loro vari aspetti e i loro contenuti, e di creare comunicazioni in una varietà di contesti" (Commissione Europea, 2007b). Tale abilità viene a svilupparsi attraverso varie forme di "prassi", che si riferiscono a diversi approcci dell'educazione mediale, intesa in questo caso come *disciplina* con una propria autonomia nell'ambito della ricerca scientifica (Morcellini & Rivoltella, 2007). L'evoluzione di tale disciplina ha seguito l'evoluzione del contesto storico-teorico dei mezzi di comunicazione e delle diverse concezioni di "medium" affermatesi nel tempo.

Se il "medium" viene considerato puramente come mezzo, veicolo, canale di trasmissione di contenuti, informazioni e conoscenze (Shannon & Weaver, 1949), l'educazione mediale si può configurare come educazione *con* i media, che prevede l'introduzione di media e tecnologie quali mezzi per l'insegnamento e l'apprendimento di varie materie (es. la rivoluzione francese attraverso un film, il ciclo delle stagioni attraverso una raccolta fotografica, ecc...), sposando la "concezione strumentalista dei media che finisce per risolvere l'intervento mediaeducativo nell'ambito della metodologia didattica e/o della tecnologia dell'istruzione" (Rivoltella, 1997, p. 14). Quando il concetto di "medium" si riferisce alla celebre locuzione di McLuhan (1964) "il mezzo è il messaggio", secondo la quale esso non può essere considerato un semplice canale di trasmissione, ma determina profondamente, con le sue caratteristiche strutturali e ontologiche, il contenuto trasmesso, tanto da influenzarne sia la creazione

²⁴ Utilizzeremo qui il termine in lingua italiana "educazione mediale", in sostituzione di quello anglosassone "media education", in quanto possiede una accezione più vasta, che comprende sia la "media literacy", ovvero l'"alfabetizzazione mediale" (utilizzato per lungo tempo, soprattutto nel contesto statunitense, come sinonimo di "media education") per "sapere" e "saper fare", sia la comprensione critica e la riflessione sui media per "saper essere" (Ardizzone & Rivoltella, 2008). Con tale denominazione ci riferisce inoltre alla "educazione mediale" come disciplina e come corpus metodologico. In ambito statunitense oggi si usa il termine "media literacy education" (Martens, 2010), assieme a molti altri (Pérez Tornero, 2008).

che la ricezione (es. la medesima notizia di un incidente stradale trasmessa via radio, stampata in un quotidiano, “digitalizzata” per una pagina web), l’educazione mediale si può configurare come educazione *ai* media, prendendo come oggetto stesso dell’insegnamento e dell’apprendimento i mezzi di comunicazione e i loro linguaggi. Due possono essere principalmente gli orientamenti di questo approccio (Drasigh, 2006): quello estetico-culturale, che colloca l’educazione mediale all’interno dell’educazione artistica e letteraria, e quello sistemico-funzionale, che si focalizza sulle componenti della comunicazione (emittente, ricevente, codice, canale, ecc...). L’educazione *ai* media è l’approccio più “invocato” ed “evocato” dai documenti istituzionali fin dal 1973, quando il CICT (*Conseil International du Cinéma et de la Télévision*), un’organizzazione legata all’Unesco, pubblicò quella che viene considerata la prima definizione ufficiale di educazione mediale, considerata come “lo studio, l’insegnamento e l’apprendimento dei moderni mezzi di comunicazione ed espressione considerati come specifica ed autonoma disciplina nell’ambito della teoria e della pratica pedagogiche, in opposizione all’uso di questi mezzi come sussidi didattici per le aree consuete del sapere, come ad esempio la matematica, le scienze, la geografia”²⁵.

Una proposta teorico-metodologica per il superamento della dicotomia “con i media/*ai* media” – fondata sull’adozione del paradigma tecnologico-funzionalista e su quello semiotico-ideologico (entrambi pertinenti in primis alla *comunicazione* e poi mutate dall’*educazione*) – è quella avanzata da Galliani (1979), il quale focalizza la visione pedagogico-didattica dei media sui processi di: strutturazione linguistica e logica dei messaggi, che attiene all’ambito della creazione/produzione; funzionalizzazione psicologica, che attiene all’ambito della ricezione; funzionalizzazione didattica e metodologica, che attiene all’ambito dell’insegnamento/apprendimento, e di utilizzazione dei mezzi per la “lavorazione dei messaggi”. Tali processi comprendono sia l’educazione *con* che l’educazione *ai* media, evolvendosi in educazione *attraverso* i media, “che è allo stesso tempo conoscenza critica dei linguaggi medialti contestualizzati socialmente, uso dei media tecnologici nello studio-apprendimento individuale e collaborativo dei saperi, forma espressivo artistica originale di comunicazione tecnologica e sociale” (Galliani, 2002a, p. 569)²⁶.

Da un punto di vista teorico, l’educazione mediale dovrebbe essere considerata un “campo interdisciplinare” (Rivoltella, 2001a) che unisce le Scienze della Comunicazione e le Scienze dell’Educazione, ovvero una “intersezione tra due campi affermati di cui si è vista la parziale sovrapposizione rispetto ad alcuni temi e ad alcune problematiche” (Felini, 2004, p. 146). I temi e le problematiche sono quelli legati al rapporto tra comunicazione, educazione e media, che, come precedentemente accennato, si sono affermati dalla diffusione dei primi mezzi di comunicazione di massa e si sono sviluppati nel tempo grazie all’apporto delle due principali aree di riferimento.

²⁵ Cit. in Rivoltella (2001a, p. 21).

²⁶ Esiste anche una ulteriore declinazione dell’educazione mediale: l’educazione *per* i media, che riguarda la formazione, sotto un punto di vista teorico e tecnico di figure professionali che opereranno nell’ambito della comunicazione (Rivoltella, 2005). Tale aspetto non verrà approfondito in questa tesi poiché estraneo al contesto della nostra ricerca.

Rivoltella (2001a, pp. 109-110) individua tre principali contributi dalle Scienze della Comunicazione: 1. la tendenza a “leggere” i media e la loro funzione sociale “in contesto” – funzione che oggi sembra essere quella di promuovere una “socializzazione leggera” (Martelli, 1996) – in cui i nuovi media invitano l’“educazione” alla consapevolezza che i valori non si possono più indicare a priori, ma vanno negoziati proprio sul terreno costituito dalle rappresentazioni simboliche dei media e dalle pratiche sociali che essi producono; 2. *il dialogo con i professionisti dei media*, per una loro presenza “didattica” e per una presenza della scuola nel mondo della comunicazione (sia sul piano pratico, attraverso stages o visite guidate, sia attraverso la consulenza educativo-pedagogica per i programmi)²⁷; *l’attenzione sperimentale* per la ricerca sulla costruzione dei messaggi mediali (ambito semiotico) e sui consumi mediali (ambito etnografico), a cui l’educazione può fare riferimento come spunto per la definizione di studi maggiormente attinenti all’ambito pedagogico.

Tre sono anche gli apporti delle Scienze dell’Educazione (Rivoltella, 2001a, pp. 111-112): 1. *la riconduzione dei media al loro quadro d’uso*, che una volta oltrepassata la chiusura protezionistica, dovrebbe portare l’educazione mediale ad elaborare un orizzonte concettuale da applicare all’intero sistema dei media per sviluppare un nuovo senso del vivere sociale; 2. *un’attenzione per le potenzialità e i rischi della tecnologia*, che, come vedremo in seguito, viene assorbita nel movimento oscillatorio del ‘pendolo pedagogico’, e dovrebbe porre le questioni più che in merito al mezzo di per sé, in merito alla relazione dei soggetti con il mezzo; 3. la predisposizione di uno spazio di *confronto e riflessione*, per esperienze, metodologie, strategie educative, tra scuole ed enti, sia a livello nazionale che internazionale, attraverso reti che vengono create in seno a società scientifiche ed associazioni (es. in Italia la *Sirem*, Società Italiana di Ricerca sull’Educazione Mediale, e il *Med*, Associazione Italiana per l’Educazione ai media e alla comunicazione).

Il corpus di teorie che costituisce il terreno su cui l’educazione mediale affonda le proprie radici – prendendo in considerazione i contributi maggiormente citati e ritenuti più significativi dalla letteratura consultata (Ardizzone & Rivoltella, 2008; Brown, 2001; Craggs, 1992; Falcinelli, 2006; Felini, 2004; Gonnet, 1997; Lemish, 2007; Mastermann, 1994; Messina 2004, 2007; Ottaviano, 2001; Pavesi, 2001; Rivoltella, 1997; 2001a) – è formato principalmente dagli apporti dei *cultural studies* e della semiotica, che fanno da cornice alle prassi educative fondate sull’attivismo deweyano, da Freinet a Freire, e sulla prospettiva sociocostruttivista.

I *cultural studies*, più che una teoria mediologica unitaria, costituiscono un insieme di orientamenti teorici affermatosi in Gran Bretagna negli anni Sessanta intorno al *Centre for Contemporary Cultural Studies* di Birmingham, i cui autori (principalmente Stuart Hall e Raymond Williams) hanno posto particolare attenzione alle classi, alle istituzioni, alle culture dominanti e alle sottoculture, ad esempio quelle giovanili. “Proprio tale attenzione costituisce uno dei principali fattori del suo costante successo (a tutt’oggi decisamente notevole): la sua applicazione agli stili di vita delle comunità

²⁷ Cfr. Messina (2007b).

sottoculturali nuove ed emergenti – comprese quelle dei pubblici dei media – ne fa un indirizzo di studio nuovo e vitale” (Boni, 2006, p. 197).

Secondo tale approccio la “cultura non è *una* pratica, né è semplicemente la descrizione della somma delle abitudini e dei costumi di una società. Essa passa attraverso *tutte* le pratiche sociali ed è la somma delle loro interrelazioni” (Hall, 1980, p. 60). Le pratiche sociali esprimono i significati e i valori dei gruppi sociali, che sono determinati anche dai messaggi mediali, i quali a propria volta risentono dell’influenza della società. Si tratta quindi di un rapporto dialettico, quello tra società e media, tra ideologia e industria culturale, tra prodotti mediali e pubblici, fatto di scambi e interdipendenze reciproche. “L’effetto ideologico complessivo della riproduzione del sistema culturale operata attraverso i media si evidenzia dall’analisi delle varie determinazioni (interne ed esterne al sistema della comunicazione di massa) che vincolano o liberano i messaggi dei media entro e attraverso le pratiche produttive. Di tali pratiche viene esplicitata soprattutto la natura standardizzata e riduttiva, che favorisce lo status quo, ma anche insieme contraddittoria e variabile; la complessità della riproduzione culturale sale in primo piano, così come viene illustrata la connessione fondamentale tra il sistema culturale dominante e le attitudini degli individui. Il comportamento del pubblico è orientato da fattori strutturali e culturali che, d’altra parte, influenzano il contenuto dei media, proprio per la capacità di questi ultimi di adattamento e inglobamento” (Wolf, 2006, p. 109).

Oggetto dei *cultural studies* sono da un lato le *strategie di produzione*, delle quali si punta a rivelare le ideologie, gli interessi politici, i meccanismi economici, che insieme costituiscono un sistema complesso di pratiche determinanti per l’elaborazione della cultura, e dall’altro le *modalità di consumo*, che sono legate alla negoziazione tra pratiche comunicative differenziate a cui partecipa un pubblico “attivo” nella fruizione dei messaggi mediali. Tra le teorie più affermate nell’ambito dei *cultural studies* figura l’*Encoding/decoding Model* di Stuart Hall (1973)²⁸ che integra la produzione (codifica) e il consumo (decodifica) in un modello che pone il pubblico come destinatario e allo stesso tempo fonte del messaggio, dal momento che, come vedremo in seguito, questa prospettiva teorica considera i prodotti mediali (nel caso specifico televisivi) come specchi della società stessa. La decodifica può essere di tre tipi: *dominante* (corrispondente al punto di vista egemone, che appare “naturale”), *oppositiva* (frutto di una opposta visione del mondo), *negoziale* (dalla logica mista di opposizione e adattamento).

Secondo Ardizzone e Rivoltella (2008), l’educazione mediale si riconduce alla prospettiva dei *cultural studies* nel suo approccio *critical*, quando attraverso i testi mediali invita ad analizzare i rapporti tra media e potere (ovvero “le iscrizioni economiche e ideologiche” presenti nei messaggi stessi), e quando si focalizza sull’analisi del consumo (come lavoro critico di interpretazione dei testi) e sulle appartenenze culturali dei soggetti. Il punto di riferimento è quello dell’*etnografia dei consumi* (Boni, 2006, p. 198) che, attraverso strumenti qualitativi come l’intervista o il

²⁸ Hall, S. (1973). *Encoding and Decoding in the Television Discourse*. Birmingham: Centre for Contemporary Cultural Studies. Cit in Boni (2006).

focus group, o semplicemente con l'analisi delle discussioni in classe, fa emergere le differenti rappresentazioni dei soggetti e li conduce ad una riflessione sui rapporti esistenti tra queste rappresentazioni e le (sub)culture a cui essi appartengono. Secondo Felini (2005), invece, rientra nell'orientamento riconducibile ai *cultural studies* anche l'educazione al senso estetico, insita nell'educazione mediale (Balbeto & Borsetti, 2007). In questa prospettiva i messaggi medialità sono considerati una "fonte di piacere riservato ad un pubblico, un piacere personale ma anche da scambiare con gli altri. La media education in quest'ottica viene ad essere un percorso di esplorazione degli aspetti estetici della medialità e delle ragioni per cui il bello varia a seconda della categoria dei soggetti, anche attraverso la sperimentazione di modalità espressive proprie e originali che possono essere realizzate in ambito didattico" (Felini, 2005, p. 72).

Il riconoscimento dei prodotti medialità come spazi di negoziazione simbolica "implica di assumere un punto di vista nuovo sulla testualità, non più considerata come un messaggio (dictum), ma come un atto di comunicazione (dicere)" (Rivoltella, 2001a, p. 117), e tale prospettiva è adottata anche dalle teorie semiotiche che costituiscono l'altro principale punto di riferimento per l'educazione mediale.

La ricerca semiotica contemporanea può essere divisa in tre sezioni (Bettetini, 1996): quella *strutturalista*, che si occupa di analizzare il testo nei suoi elementi costitutivi (immagini, lettere, suoni, ecc...), fondandosi sul presupposto della linearità del processo comunicativo (tra un emittente e un ricevente) e sull'autosufficienza dell'oggetto significante (cioè che il messaggio sia totalmente e univocamente comprensibile di per sé); quella *testualista*, che si focalizza sul funzionamento delle narrazioni, ovvero sui personaggi, le azioni, le trasformazioni e i meccanismi legati all'intreccio; quella *pragmatica*, che riguarda l'analisi delle strategie comunicative sottese al testo, escogitate e messe in atto dall'enunciatore per indurre il lettore a recepire il messaggio in un determinato modo. Ardizzone e Rivoltella (2008) riconoscono come significativa l'analisi narratologica soprattutto per l'educazione ai media riguardante prodotti cinematografici o televisivi di fiction, l'analisi strutturale per la riflessione sulle componenti estetiche dei prodotti audiovisivi, e l'analisi dei contenuti, attraverso l'individuazione dei codici e delle strategie di comunicazione, per l'acquisizione di consapevolezza relativamente alle costruzioni di realtà operate dai messaggi medialità, sia quando sono orientati ad uno scopo esplicito (ad esempio la pubblicità), sia quando sono ispirati a criteri di correttezza e trasparenza (l'informazione dei tg, giornali o siti web).

In prospettiva pedagogica, la prassi dell'educazione mediale che, nella sua declinazione di educazione attraverso i media, si sostanzia nelle attività di letto-scrittura di testi medialità, viene a collocarsi all'interno del paradigma dell'"imparare facendo" (fondato sull'attivismo deweyano e guidato dall'idea che il fare sia di per sé stesso una forma di conoscenza), i cui riferimenti principali, come già accennato, si riconducono alla *scuola-laboratorio* di Freinet (1949) e alla *pedagogia degli oppressi* di Freire (1970).

Freinet (1949) propose il superamento della barriera tra scuola e vita reale attraverso una *pedagogia popolare*, che riconoscesse piena validità culturale agli interessi dei bambini, chiamati a partecipare attivamente alla loro stessa formazione. L'apprendimento sarebbe dovuto partire dalle esperienze di vita degli educandi, e quindi dalla prassi come generatore di riflessione da cui far emergere le teorie, e non dalla trasmissione nozionistica di concetti seguita dalla prassi successiva. Tale tipo di approccio (dalla prassi alla teoria) risulta particolarmente pertinente per l'educazione mediale in quanto "dei media si fa esperienza, non si imparano in teoria; la percezione, la sensazione, l'emotività, la dimensione corporea oltre che intellettuale sono, nella fruizione dei mezzi di comunicazione, elementi determinanti" (Valmachino, 2001, p. 70).

Tra le attività didattiche nella sua scuola, il pedagogo francese introdusse la realizzazione del *libro della vita*, una sorta di giornalino scolastico che gli alunni producevano usufruendo delle tecnologie tipografiche all'epoca disponibili e raccontando le proprie esperienze della quotidianità. Lo scopo di questo laboratorio era quello di unire apprendimento, creatività, lavoro, attività manuale e attività intellettuale, finalizzati allo sviluppo del pensiero critico: – i ragazzi – "apprendono, grazie all'esperienza, a giudicare le opere che vengono loro proposte, e presto imparano a scoprire quanto di falso e contraddittorio impongono le rubriche giornalistiche" (Freinet, 1967, p. 93)²⁹. L'intenso legame di questa attività con i principi e metodi dell'educazione mediale è ben esemplificato da Gonnet (1997, pp. 97-98): "l'avvio delle iniziative di giornale scolastico è un momento altamente simbolico che testimonia il rapporto diverso che la scuola comincia ad avere con il mondo esterno. Il giornale infatti è un legame con la società che dà senso al lavoro condotto in classe, valorizza sia il gruppo che i talenti individuali, dà informazioni non solo sulla vita di classe ma anche su quella che si svolge fuori dalla scuola [...] con il giornale si impara anche a scrivere. Il ruolo dell'insegnante è di accompagnare gli alunni in questo apprendimento. Non si scrive più quello che capita. I testi devono avere una qualità riconosciuta da tutti gli alunni. Soprattutto – e qui tocchiamo un punto cruciale del nostro tema – si imparano dall'interno una serie di regole del giornalismo".

Per quanto riguarda invece i tratti delle teorie di Freire – come abbiamo visto precedentemente, riferimento teorico anche della promozione della salute – nell'ambito dell'educazione mediale, vengono ricondotte all'acquisizione di quelle "tecniche di comunicazione", che consentono "al soggetto di innescare e portare a termine il processo della propria *coscientizzazione*, obiettivo finale di tutta l'azione educativa. Coscientizzazione significa approdare ad un *pensare critico* che, più che cercare risposte, impara a porre domande" (Rivoltella, 2001a, p. 121). Secondo Freire (1970) apprendere le tecniche di comunicazione (lettura e scrittura, che oggi potremmo traslare in lettura e scrittura mediale), consente l'emancipazione e la liberazione dell'uomo oppresso dai sistemi di potere dominanti. Nella *Pedagogia degli oppressi*, inoltre, Freire (1970) fa riferimento all'importanza dei supporti medialità (diapositive, fotografie,

²⁹ Freinet, C. (1967). *Le journal scolaire*. Parigi: Editions de l'Ecole moderne française. Cit in Rivoltella (2001a).

filmini, cartelloni, giornali), quali materiali per l'intervento educativo, trattati come generatori di culture, temi, ideologie, sui quali dibattere e ragionare.

La dimensione civile, entro cui si è sviluppata l'educazione mediale in America Latina, fondandosi sui temi dell'uguaglianza, del diritto di accesso, della partecipazione e della cittadinanza, la eleva a strumento privilegiato per la promozione della democrazia. Attraverso l'acquisita capacità di poter accedere ai media, analizzarne e valutarne i contenuti, e potersi esprimere efficacemente attraverso di essi, i cittadini possono diventare promotori del cambiamento sociale (Kubey, 2005), e non è un caso che le rivolte in nord Africa e Medio Oriente del 2010/2012, denominate "Primavera araba", siano scaturite anche grazie all'uso dei social network per organizzare, comunicare e divulgare gli eventi a dispetto dei tentativi di repressione statali dei vari regimi, che hanno mantenuto il loro potere nel tempo monopolizzando i mezzi di comunicazione di massa (Hamam, 2011).

L'educazione mediale è oggi considerata un approccio privilegiato per l'educazione alla cittadinanza, dal momento che i media costituiscono la fonte principale d'informazione politica, economica, sociale e culturale sull'attualità (Greco, 2000). L'Unesco (2002), con le *Raccomandazioni di Siviglia*, mette in evidenza come l'educazione mediale sia "parte dei diritti fondamentali di ciascun cittadino, in ciascun Paese del mondo, per la libertà di espressione e il diritto all'informazione, ed è quindi funzionale alla costruzione e al mantenimento della democrazia"; mentre la Commissione Europea (2009) sottolinea che "l'alfabetizzazione mediatica è oggi considerata una delle condizioni indispensabili per una cittadinanza attiva e piena e per prevenire e ridurre i rischi di esclusione dalla vita sociale [...] la democrazia dipende dalla partecipazione attiva dei cittadini alla vita della comunità e l'alfabetizzazione mediatica fornisce le competenze di cui hanno bisogno per dare un senso al flusso quotidiano di informazioni diffuse tramite le tecnologie della comunicazione". Falcinelli (2006, p. 34) parla a tal proposito di empowerment come scopo dell'educazione mediale, al fine di mettere il soggetto in grado di "rapportarsi in modo critico e costruttivo con l'universo dei media e di esprimersi in modo creativo attraverso nuove forme espressive", e come vedremo in seguito, l'empowerment costituisce uno dei cardini di congiunzione tra la promozione della salute e l'educazione mediale.

Un ulteriore importante assunto su cui si fonda la prassi dell'educazione mediale deriva dall'approccio socio-costruttivista e consiste nel ritenere "che la conoscenza sia sempre il risultato di un processo collettivo" (Rivoltella, 2001a, p. 62), e l'apprendimento sia un "prodotto della co-costruzione di un nuovo sapere attraverso il confronto, la negoziazione e l'integrazione di più menti" (Varani, 2008, p. 122). I gruppi di laboratorio, in cui spesso si concretizzano le attività di educazione mediale, possono essere considerati come "sottocomunità di persone che apprendono le une dalle altre, dove il docente ha un compito di orchestrazione" (Bruner, 1996, p. 35). Cousinet (1949), teorizzatore del "lavoro libero per gruppi", può essere considerato un antesignano del moderno "apprendimento collaborativo", fondato, secondo Chiosso (2003, p. 24), su due presupposti: "che esiste in ogni essere umano una naturale disposizione alla socializzazione su cui far leva per creare le premesse più idonee non

solo per favorire l'inserimento nella vita sociale, ma anche per migliorare le competenze cognitive [...]; che l'apprendimento si compia oltre che secondo modalità verticali e asimmetriche (maestro-alunno) anche in forme orizzontali simmetriche (alunno-alunno) nella misura in cui ogni soggetto attiva con i compagni scambi di informazioni, di materiali, di strategie di apprendimento”.

Nelle attività di educazione attraverso i media che prevedano la realizzazione di prodotti mediali, la dimensione collaborativa viene enfatizzata consentendo, da una parte, di evidenziare gli apporti individuali di ciascuno (nell'ottica di una pedagogia della diversità che cerchi di valorizzare le singole abilità e competenze), dall'altra di far sì che questi apporti si traducano in valore aggiunto per tutto il gruppo (nell'ottica di una pedagogia dello scambio in cui le competenze dei singoli vengano messe in rete favorendone l'acquisizione da parte di tutto il gruppo). Infatti, in una prospettiva evolutiva, il lavoro di gruppo favorisce l'apprendimento all'interno della *zona di sviluppo prossimale* (Vygotskij, 1978), incrementando le capacità e le competenze di ciascuno, grazie alla co-operazione con pari più esperti o con l'educatore in veste di *scaffolder*.

La realizzazione di testi mediali pone gli educandi in una situazione dinamica e complessa che attiva processi di ricerca e scoperta secondo l'approccio costruttivista del *discovery learning*, e oltre ad essere motivante e ottimamente sfidante, favorisce sia il pensiero divergente (Guiford, 1967)³⁰ – che con le sue caratteristiche di *fluidità*, *flessibilità* e *originalità* può essere considerato come la predisposizione cognitivo-relazionale che incentiva da un lato lo sviluppo della creatività e dall'altro lo sviluppo di un pensiero libero, critico e consapevole – sia le intelligenze multiple di cui parla Gardner (1983).

Un altro apporto significativo per l'educazione mediale proviene dalla riflessione sui modelli comunicativi, a partire da quello matematico di Shannon & Weaver (1949), che afferisce al paradigma trasmissivo razionalista (Galliani et al, 2000), secondo cui un emittente e un ricevente si scambiano attraverso un canale un messaggio, la cui codifica e decodifica viene assunta come “univoca” in quanto basata su codici comuni. Modelli successivi, come, ad esempio, quello semiotico linguistico di Eco (1968), secondo Galliani, Padoan e Felisatti (2000, p. 43) considerano invece “la comunicazione come un processo interattivo contestuale e intenzionale, per cui l'atto comunicativo è efficace solo quando i segni utilizzati sono patrimonio comune a tutti i comunicanti coinvolti e quindi possono essere compresi nella totalità del loro significato”. Infatti l'emittente emette un messaggio come significante che veicola un significato determinato da codice, sottocodici e ideologia, appartenenti all'emittente stesso; il ricevente coglie il messaggio come forma significante, a cui attribuisce significato attraverso un codice, sottocodici e ideologia, che sono invece suoi propri. Secondo tale modello, che porta alla luce il problema della significazione e dell'interpretazione, la comprensione del messaggio non è un processo automatico, e quando non vi è corrispondenza tra il

³⁰ Guilford, J.P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw Hill. Cit. in Messina (2004).

significato dato dall'emittente e quello dato dal ricevente avviene una *decodifica aberrante*.

Altri più recenti modelli considerano oggetto dello scambio comunicativo non già il *messaggio*, ma il *testo*, che accoglie, oltre ad una varietà di linguaggi diversi, anche le "intenzioni" dell'emittente, le "inferenze" del destinatario e altri elementi che non siano esplicitati nel testo ma possano da quest'ultimo essere colti (Messina, 2004). Il costrutto di *codice* viene a propria volta sostituito dal concetto di "pratiche testuali" che guidano sia la creazione del testo sia la sua fruizione, e l'emittente e destinatario vengono definiti enunciatore empirico ed enunciatario empirico che si proiettano nel testo come "enunciatore" ed "enunciatario", protagonisti del processo comunicativo, che porta con sé la produzione di simulacri testuali da parte del primo e la proiezione e riconoscimento di simulacri testuali da parte del secondo (Bettetini, 1984). Questi simulacri consistono nelle proprietà o intenzioni che l'enunciatore attribuisce a sé stesso e all'enunciatario, che a propria volta proietta proprietà e intenzioni attribuite a sé stesso e all'enunciatore sul testo, da cui si può reperire quindi anche il simulacro di uno scambio interazionale (Messina, 2004).

Fondato su tali presupposti è il modello che Messina (2004, p. 72) adatta ai testi mediali, ispirandosi al modello di "discorso comunicativo", teorizzato da van den Broek, Rohleder e Narváez (1994)³¹ nell'ambito della letteratura, che comprende le relazioni tra autore, testo e lettore. L'*autore* e il *lettore* sono caratterizzati da tre ampie categorie, che concorrono alla definizione del processo comunicativo, ovvero: le intenzioni, il sistema cognitivo (aspetti motivazionali, affettivo-emotivi e intellettivi) e la competenza comunicativa³². Il *testo*, che costituisce in tale modello il mezzo di relazione tra autore e lettore, è caratterizzato da *forma*, *significato* e *funzione*, includendo nella *forma* le componenti visiva e sonora, cinestesica e aptica dei prodotti mediali, che portano un significato e che, tramite questo significato, svolgono una funzione, a propria volta incidente sulla configurazione della forma stessa (Argenton, 1996). La *forma* è caratterizzata da fattori strutturali (inquadratura, piani, angolazioni, musica, ecc...) e da qualità espressive (festosità, tetraggine, vivacità, ecc...), la cui percezione è sempre integrata da "atti valutativi", spesso automatici e intuitivi, che si traducono in un loro apprezzamento e che indirizzano verso la comprensione del suo *significato* (Messina, 2004). Le *funzioni* che un testo può svolgere sono, secondo Argenton (1996): rappresentativa, sociale e referenziale. La *funzione rappresentativa* sta a significare che un testo "rappresenta" sempre un "significato", e si caratterizza in base alle funzioni del linguaggio prescelto, che anche per quanto riguarda i media, possono essere ricondotte alle sei teorizzate da Jakobson (1963): espressiva, conativa,

³¹ van den Broek, P., Rohleder, L. & e Narváez, D. (1994). Cognitive processes in the comprehension of literary texts. In H. van Oostendorp & R.A. Zwaan (Eds). *Naturalistic text comprehension. Advances in discourse processes*, vol III. Norwood: Ablex. Cit in Messina (2004).

³² La *competenza comunicativa*, in questo caso, è riferita alla sfera delle *competenze mediali*, che comprendono sistemi di conoscenze, abilità espressive e atteggiamenti in relazione ai media, e possono essere definite come "non un semplice saper fare (saper utilizzare un software, saper vedere la televisione), ma a un saper agire che implica l'operazionalizzazione di schemi di azione in relazione con le situazioni didattiche o di consumo che volta a volta ci si trova a dover gestire" (Ardizzone & Rivoltella, 2008, p. 99).

informativa, fàtica, metalinguistica e poetica. La *funzione sociale* si riferisce agli “scopi utilitari” per cui un testo viene realizzato, e si articola in sottofunzioni che li specificano (es. educativa, ludica, politica, religiosa, ecc...), mentre la *funzione referenziale*, consiste nella possibilità per il lettore di attribuire al testo un significato diverso o ulteriore rispetto a quello intenzionalmente attribuitogli dall’autore. Il “sistema” testo, consentendo al lettore, come abbiamo visto, ampie possibilità interpretative, e attivando inoltre un processo di immedesimazione nel testo stesso, acquista una forte valenza formativa (Messina, 2007a), sintetizzabile nel costrutto di *funzione metarappresentativa* (Argenton, 1996). “La funzione metarappresentativa consiste nel percepire e interpretare immagini, personaggi, scene presenti in un testo come se fossero dati di realtà e, viceversa, dati di realtà come se fossero immagini, personaggi, scene di un mondo diegetico³³” (Messina, 2004, p. 79). Messina inoltre colloca tale modello nel contesto delle “attività” di scrittura e di lettura di testi: “in questo contesto di attività, il bambino è sia *autore*, quando scrive un testo destinato ad un certo fruitore, cioè intende comunicare con gli altri, sia *fruitore*, quando legge testi prodotti da altri con i loro intenti comunicativi, e il testo, come abbiamo già detto, è la *moneta* dello scambio comunicativo” (Messina, 2007a, p. 55)

1.2.2. Approccio *critical* e approccio *production*

L’educazione attraverso i media si traduce nell’*azione didattica di lettura-scrittura dei messaggi mediali*, andando a sintetizzare i due attuali approcci dell’educazione mediale: quello denominato *critical* (Masterman, 1994), riferito allo sviluppo di un pensiero critico per la fruizione di messaggi mediali attraverso un’analisi riflessiva dei meccanismi dei loro linguaggi e la comprensione delle loro finalità comunicative e delle dinamiche produttive che li governano, e quello chiamato *production* (Buckingham, 2003), che prevede invece, dopo una fase di analisi critica, la realizzazione di messaggi mediali.

L’approccio *critical* nasce in opposizione a quello che storicamente viene considerato come primo approccio dell’educazione mediale, che può essere definito *inoculatorio* (Masterman, 1994, p. 35), con l’obiettivo di proteggere il pubblico, considerato vulnerabile e passivo, dagli effetti influenzanti dei mass media. Affermatosi nella prima metà del Novecento, questo approccio si basa sulla *teoria ipodermica*³⁴ e

³³ “Ogni racconto dà vita a un suo mondo popolato di personaggi, luoghi, tempi, eventi, sentimenti, oggetti, parole, rumori, musiche, ecc... E’ a questo mondo che la narratologia ha dato il nome di *diegesi* [...] intendendolo come tutto ciò che appartiene alla storia e al mondo proposto o supposto dalla finzione. [...]. La diegesi va intesa come un costrutto che nasce da una forma di cooperazione fra un racconto e il suo destinatario: il primo presenta degli elementi sparsi di un mondo, il secondo li congiunge fra loro allargando anche il campo a tutto ciò che non è espressamente indicato ma la cui esistenza è in qualche modo implicita” (Rondolino & Tomasi, 1995, pp. 15-16).

³⁴ Gli autori che hanno prodotto ricerche fondanti la teoria “ipodermica” sono diversi e una sintesi del contributo di ciascuno può essere trovata in Wolf (1996).

sulle successive evoluzioni (Laswell, 1948)³⁵ che si sviluppano con il diffondersi nella società americana ed europea dei mass media (giornali, cinema, radio e televisione), considerandoli dispensatori di messaggi in grado di “attaccare” il pubblico, attraverso un “ago ipodermico” (infilato sotto la cute dello spettatore) per persuaderlo all’accoglienza acritica di determinati valori (secondo le critiche mosse dalla Scuola di Francoforte)³⁶ e all’adozione automatica di determinati comportamenti (secondo l’approccio comportamentista stimolo-risposta). In questo contesto, l’educazione mediale è chiamata ad essere un’educazione “contro” i media ed è finalizzata a mettere in risalto la loro pericolosità e il declino culturale e morale da essi provocato, “inoculando” negli educandi un sentimento di paura e disapprovazione nei confronti dei mezzi di comunicazione, secondo un’ottica difensivo-paternalistica orientata in ultima istanza alla censura (Mastermann, 1994, p. 36). Questa prospettiva contempla una forte opposizione tra cultura “popolare” (quella dei media) e cultura “alta” (quella della scuola), che per molto tempo ha impedito all’educazione mediale l’entrata a pieno titolo come metodologia e/o come disciplina (dibattito ancora oggi in auge) nei contesti di insegnamento/apprendimento formali.

A partire dagli anni Sessanta, con l’affermarsi da un lato del cinema d’autore, che ha innalzato, se così si può dire, il livello della cultura “popolare”, e dall’altro sia delle teorie sociologiche dei *cultural studies* sia dei modelli comunicativi delle teorie semiotiche, anche l’educazione mediale ha mutato il suo approccio. E’ del 1962 inoltre l’appello della *Conferenza di Oslo*, patrocinata dall’Unesco, ad un’apertura “educativa” diversa nei riguardi dei media: “l’ambiente culturale creato dal cinema, dalla televisione, dalla letteratura popolare, dalla pubblicità e dalla musica leggera rappresenta una sfida e una grande opportunità per gli educatori. L’educazione allo schermo (*screen education*) dovrebbe essere per ogni bambino uno studio sistematico ed essere introdotto nei curricula scolastici” (Hodgkinson, 1964, p. 10). Infatti “contro l’idea dei divieti, censure e controllo, che si pongono come ipotesi risolutive ad un modo di pensare che è quello della preoccupazione, la via percorribile dell’educazione si propone, invece, di rendere il bambino libero e protagonista della sua crescita intellettuale, ponendo i termini del problema da un altro punto di vista, che è quello dell’attenzione. La preoccupazione non porta al progresso, è statica; l’attenzione, invece, rivolta a un tema specifico, fa pensare, fa riflettere, fa in modo che si possa guardare con occhi diversi e cogliere aspetti tali da far emergere soluzioni possibili [...]. Dove prevale la mentalità della preoccupazione, piuttosto che quella dell’attenzione, il bambino viene pensato in funzione dell’adulto. Da tale paradigma discendono due prassi. Una prevede la censura, quindi la non libertà, il tabù, la proibizione. L’altra presuppone il punto di vista dell’adulto come prioritario e prevalente rispetto a quello

³⁵ Laswell, H.D. (1948). *Power and Personality*. New York: Norton & Company. Cit. in Wolf (1996).

³⁶ Gli studiosi della Scuola di Francoforte (i cui principali esponenti sono Horkheimer, Adorno, Marcuse, Habermas) hanno fondato la “teoria critica” dei mezzi di comunicazione (da non confondersi con l’approccio *critical* dell’educazione mediale), secondo cui i contenuti veicolati, la loro forma estetica e gli strumenti che li diffondono rispondono a logiche di potere orientate alla creazione dell’industria culturale, che impone un dato sistema di valori agli individui, manipolandoli e portandoli ad aderire al sistema. Cfr. Wolf (1996).

del bambino. Entrambe escludono di fatto la soggettività infantile” (Drasigh, 2006, p. 315).

Dunque la nuova fase dell'educazione mediale, che si sostanzia nell'approccio *critical*, scaturisce dall'opposizione alla censura dell'approccio *inoculatorio*, poiché l'intervento educativo dev'essere considerato come qualcosa di diverso da un "vaccino" (Heins & Cho, 2003). Seppur riconoscendo che la "popular culture" dei media può dare un'immagine positiva della violenza, del sesso irresponsabile, del cibo spazzatura, di droga e alcol, e può rinforzare gli stereotipi su razza, differenze di genere, classe sociale, Henis & Cho (2003, pp. 2-3) mettono in evidenza che la libertà di espressione è sancita dal 1° emendamento della Costituzione americana, e noi aggiungiamo dall'articolo 21 di quella italiana, come fondamento della democrazia, e che i tabù creati dalla censura rendono i programmi proibiti molto più attraenti. Inoltre, come sostiene Jenkins (1999), i giovani reagiscono in maniera diversa alle mitologie, ai simboli e alle storie della cultura popolare dell'intrattenimento, pertanto è difficile stabilire quali criteri si debbano adottare per valutare, ad esempio, i livelli di "violenza" accettabili o meno, e i richiami negativi all'impatto che i media avrebbero sulla società e la cultura sono fondamentalmente inadeguati. Si afferma quindi l'idea che sia "molto più produttivo aiutare le persone ad arricchire la propria esperienza mediale attraverso la conoscenza dei fattori che regolano il funzionamento dei media sia accrescendo la percezione delle *estetiche* dei media sia facendo loro comprendere come possano attribuire un senso personale ai prodotti mediali, attraverso una valutazione del loro valore o dei loro punti deboli" (Brown, 2001, p. 682).

L'obiettivo dell'approccio *critical*, secondo Mastermann (1994, p. 44), diviene "l'accrescimento della comprensione dei media da parte degli studenti, del modo in cui funzionano e nell'interesse di chi, di come sono organizzati e di come producono significato, di come rappresentano la *realtà*, di come queste loro rappresentazioni vengono interpretate e da chi. E' il termine *comprensione*, con la sua enfasi sullo sviluppo di un'intelligenza critica, autonoma riguardo ai media, a dover assumere quell'importanza centrale che in passato veniva concessa alla nozione di discriminazione". Discriminazione intesa come divisione manicheistica tra ciò che è bene e ciò che è male, tra cultura "alta" e cultura "popolare", film e programmi "buoni" e film e programmi "cattivi". Dunque si cerca da un lato di dare senso ai più ampi contesti storici e politici all'interno dei quali i prodotti mediali vengono fruiti, e dall'altro di alfabetizzare le persone ad una decodifica consapevole dei messaggi mediali, senza trascurare l'importanza degli aspetti relativi all'analisi del pubblico a cui tali messaggi sono rivolti. Pubblico che ora viene considerato soggetto attivo, protagonista delle sue scelte mediatiche, che dev'essere sollecitato a "conoscere" per "sapere gestire" i mezzi di comunicazione, attraverso lo sviluppo del suo senso critico.

Da un punto di vista pedagogico, secondo Felini (2004), il senso critico non dovrebbe riferirsi soltanto all'abilità di analisi della struttura di un'argomentazione, di verifica dell'affidabilità delle fonti o di esplorazione di nessi tra concetti, ma dovrebbe condurre le persone anche ad una riflessione sui valori e sui modelli di vita veicolati dai media. "In pedagogia dei media, quando si parla di pensiero critico ci si riferisce ad una

capacità, non innata, ma educabile, di reagire attivamente ai messaggi dei mezzi di comunicazione, di contro ad una fruizione passiva ed incapace di stanziamento [...]. Il pensiero critico da un lato è legato al pensiero logico-convergente, poiché richiede di sottoporre i messaggi dei media al vaglio della ragione, [...], dall'altro si sposa con il pensiero divergente e si avvicina alla facoltà creativa, perché richiede di pensare in maniera differente rispetto alla massa, di staccarsi dal sentire comune e di saper esprimere un'opinione originale.[...] In senso autentico, lo spirito critico è discernimento applicato alle situazioni che quotidianamente si incontrano e, pertanto, implica l'appropriazione personale di uno stile di vita, di un ventaglio di valori e di una concezione del mondo” (Felini, 2004, pp. 194-195).

In altri termini, Masterman (1985) parla di una “autonomia critica”, che trascenda dalla “consapevolezza critica” e dalla “comprensione critica”, ma si realizzi con l'apprendimento del *processo* per la formazione di giudizi personali, che ciascuno possa compiere anche al di fuori del contesto educativo formale, confrontandosi con i media nella propria esperienza di vita quotidiana. Questo punto di vista richiama inoltre la funzione dell'approccio *critical* per la promozione delle “arti liberali”, come le definiscono Gerbner e Gross (1976), ovvero l'insieme di abilità e competenze che consentono all'individuo di emanciparsi da una dipendenza irriflessa nei confronti del suo ambiente socio-culturale, costruito dai media come contesti simbolici, popolati di storie attraverso le quali la realtà viene descritta e i valori trasmessi. Secondo Rivoltella (2001a, p. 32): “il risultato è comunque l'educazione al senso critico ma con una diversa sottolineatura, coerente con la *teoria della coltivazione* di Gerbner: nella misura in cui la televisione (e i nuovi media che ne estendono l'azione) funziona da omogeneizzatore culturale, coltivando fin dall'infanzia gusti e predisposizioni di apprendimento dello spettatore, l'intervento educativo si traduce in un'analisi di questa coltivazione e nel produrre una consapevolezza delle sue conseguenze”.

Per approccio *critical* oggi si intende un vasto paradigma metodologico in cui si possono comprendere i quattro modelli didattici esposti da Salvadori (1995): *estetico-culturale*, che prevede l'analisi dei media sul piano del linguaggio e del contenuto; *sistemico-funzionale*, la cui attenzione cade sugli elementi strutturali della comunicazione mass-mediale; *critico-emancipatorio*, per un'analisi critica delle condizioni economiche, politiche e sociali del sistema dei media; dell'*interazione-azione*, che consiste nell'abilitare gli educandi ad interagire in maniera corretta con i loro contesti caratterizzati anche dalla presenza dei media. Secondo Pellai (1999, p. 65) si tratta di dotare lo spettatore di “un nuovo paio di occhiali con cui analizzare tutto ciò che lo colpisce nel complesso universo comunicazionale nel quale si trova immerso, considerando che la socializzazione critica ed informata di un testo mediatico può comportare un'esperienza di apprendimento nuova e significativa per il fruitore, soprattutto quando questo è in giovane età”. L'autore distingue inoltre gli interventi dell'approccio *critical*, ad esempio riguardo al medium televisivo, tra quelli orientati all'analisi dell'immagine e quelli orientati all'analisi dei generi (tipi di programmi e loro caratteristiche di ritmo, estetiche, durata, ecc...), dei contenuti dei programmi, dei temi (es. la violenza nei diversi generi e contenuti), considerando che “mentre la prima

tipologia d'intervento persegue il conseguimento di specifici obiettivi didattici legati a conoscenze tecniche pertinenti soprattutto all'area dell'educazione all'immagine, le altre tipologie perseguono obiettivi educativi, cercando di promuovere attitudini e comportamenti legati ad una migliore capacità di fruizione del mezzo televisivo da parte del giovane telespettatore" (Pellai, 1999, p. 70).

Il Conseil International du Cinéma et de la Télévision, nel 1979, fornisce una nuova definizione di educazione mediale, che contempla, per la prima volta, anche l'approccio *production*: "la media education comprende lo studio – e per esso si intende il suo apprendimento e insegnamento in vari modi e ad ogni livello: primario, secondario, postsecondario, nell'educazione degli adulti e nell'educazione continua e in ogni circostanza – della storia, della creatività, dell'uso e della valutazione dei media come arti pratiche e tecniche, così come del ruolo svolto dai media nella società, del loro impatto sociale, delle implicazioni che derivano dalla comunicazione, dalla partecipazione e dalla modificazione delle modalità di percezione che i media comportano; nonché dell'accesso ai media e del lavoro creativo che con essi si può svolgere"³⁷. Mentre l'approccio *critical* pone l'attenzione sul "cosa fanno i media alle persone", e punta ad "attrezzare" il pubblico per "difendersi" da possibili influenze attraverso l'autonomia critica di cui abbiamo parlato poc'anzi, l'approccio *production* proposto, tra gli altri, da Buckingham (2003), prende avvio dalla riflessione sul "cosa fanno le persone con i media", valorizzando quelle conoscenze e competenze di fruizione che anche i più giovani spettatori acquisiscono spontaneamente attraverso la loro relazione quotidiana con i media. Tale approccio si ispira alla *teoria funzionalista* dei mass media (Wright, 1960, 1974)³⁸, secondo cui il pubblico non è assolutamente passivo, ma anzi, è in grado di selezionare e "usare" i prodotti mediali per i propri scopi personali³⁹, che possono andare dal puro intrattenimento, all'informazione, alla conoscenza, ai bisogni di socializzazione, diventando parte del processo comunicativo, poiché "i sistemi di attese del destinatario non solo *mediano* gli effetti derivanti da media, ma regolano anche le stesse modalità di esposizione" (Wolf, 1996, p. 76). Come sostiene Galliani (2009, p. 14): "il mondo dei media intercetta bisogni autentici e urgenti dei bambini e degli adolescenti: i bisogni di fantasia, di immaginario, di avventura, di sentimento, di divertimento, di gioco, di comicità, di informazione *con i vecchi media* e quelli di riconoscibilità entro il gruppo di pari, di comunicazione immediata di stati d'animo, di emozioni, di pensieri, di ricerca e costruzione di identità per contrastare il disadattamento, connesso a difficili compiti di sviluppo, *con i nuovi media*".

Diverse ricerche (Buckingham, 1993; Bertolini, 2002) sulla fruizione televisiva da parte dei minori dimostrano inoltre, ad esempio, che bambini e ragazzi conoscono i processi di produzione, sono consapevoli delle funzioni persuasive della pubblicità,

³⁷ Cit. in Rivoltella (2001a, p. 23).

³⁸ Wright, C.R. (1960). Functional analysis and mass communication. *Public Opinion Quarterly* 24: 605-620; Wright, C.R. (1974). *Functional analysis and mass communication revised*. In J.G. Blumler & E. Katz, (Eds.), *The uses of mass communications: current perspectives of gratification research*. Beverly Hills: Sage Publications. Entrambi cit. in Wolf (1996).

³⁹ Tale ipotesi è anche definita "usi e gratificazioni".

hanno percezioni chiare sui meccanismi di narrazione e di costruzione dei testi audiovisivi. Tuttavia questa conoscenza, derivante dall'aver visto e dall'aver "letto" o anche analizzato testi mediali, viene considerata "passiva" (Buckingham, 2003, p. 145), e deve essere resa "attiva", attraverso la produzione di testi mediali, per poter essere pienamente sviluppata. Gli spettatori intuiscono cosa significhino determinate convenzioni di linguaggio o di genere, ma con ogni probabilità non sanno come arrivino a comunicare quel dato significato; per esempio "ci sono aspetti del processo di produzione – la posizione della camera o il ritmo del montaggio – che possono essere colti soltanto attraverso l'esperienza pratica" (Buckingham, 2003, p. 147). Dunque, se i bambini e ragazzi posseggono già una "conoscenza comune", lo scopo dell'educazione mediale è quello di fornire loro la "conoscenza scientifica" per poter utilizzare e recepire il linguaggio dei media in modo più consapevole e intenzionale, attraverso una riflessione sistematica sul processo di lettura e scrittura per aiutarli a comprendere la loro personale esperienza di lettori e scrittori (Buckingham, 1991).

L'approccio *production* infatti, non si pone come "alternativa" a quello *critical*, ma piuttosto stabilisce con esso una relazione di complementarità, poiché se da un lato è necessaria un'analisi preventiva dei prodotti mediali per acquisire conoscenze relative ai vari linguaggi che poi si andranno a sperimentare (fotografico, video, ipertestuale, ecc...), dall'altro è necessaria una fase di lettura critica del prodotto realizzato, che porti ad una riflessione sui processi messi in atto, che promuova una miglior comprensione del funzionamento della comunicazione mediale (come "costruzione" e non specchio della realtà) e agevoli la generalizzazione dell'esperienza realizzata. Secondo Buckingham (2003, p. 151): "il prodotto non dev'essere visto come il fine del processo, ma come passo intermedio, come punto di partenza per una riflessione anziché riassunto e dimostrazione di quanto imparato. La riflessione è dunque un aspetto centrale e indispensabile del lavoro pratico ma è importante che sia inserita nel processo e che non emerga solo al termine". Questa esortazione porta a considerare la complementarità dei due approcci non solo in termini "conseguenziali", ovvero prima la fase "critical" e poi quella "production", ma piuttosto ciclici, in cui le due fasi si inseguono e possono anche essere invertite: "piuttosto che *fare la teoria* e poi fare il lavoro pratico per dimostrarla si potrebbe usare il lavoro pratico in modo deduttivo come mezzo per generare fresche e nuove idee teoriche" (Buckingham, 2003, p. 152). Lettura e scrittura dovrebbero essere quindi considerate come attività inscindibili, poiché l'acquisizione delle competenze relative ai linguaggi e ai sistemi produttivi mediali comporta, da un lato, l'analisi delle loro componenti e del loro funzionamento e, dall'altro, un loro uso non tanto a fini riproduttivi ma creativi (Galliani, 1988).

L'approccio *production* inoltre risulta essere più motivante del solo approccio *critical* (Buckingham, 2003), poiché invita alla partecipazione attiva dei soggetti e stimola processi di apprendimento "significativo" nel momento in cui le attività saranno: organizzate come sfide ottimali in base alle loro capacità (Harter, 1978)⁴⁰; rilevanti rispetto ai loro obiettivi; corrispondenti alle loro aspettative, ma anche

⁴⁰ Harter, S (1978). Effectance motivation reconsidered: toward a developmental model. *Human Development*, 21: 34-64. Cit. in Messina (2004).

interessanti nella misura in cui vengono rapportate al loro uso e alla loro utilità nel mondo (Messina, 2004).

L'educazione mediale che si avvalga dell'approccio *production* comprende inoltre tutte le dimensioni della "trinità formativa" composta da "sapere", "saper fare" e "saper essere" (Varisco, 2004). Il "sapere", ovvero l'area dei contenuti che consentono di comprendere come funzionano le cose, è costituito dalle conoscenze fornite dall'approccio *critical*; il "saper fare", che attiene alle capacità del soggetto di utilizzare quelle conoscenze per lo svolgimento di un compito, può essere ricondotto alle attività pratiche dell'approccio *production*; mentre il "saper essere", cioè gli atteggiamenti che si formano sulle metaconoscenze e consentono al soggetto di agire e collocarsi dentro le situazioni, si sviluppa nell'esperienza che comprende entrambe le attività di lettura e scrittura mediale (Ardizzone & Rivoltella, 2008).

Le attività di educazione mediale sono inoltre da intendersi come attività culturali e sociali, ovvero "pratiche", connesse al leggere e scrivere testi mediali, che si sviluppano in una variegata serie di contesti, dalla famiglia alla scuola ai gruppi non formali, e presuppongono l'attiva collaborazione tra i partecipanti a queste attività (Buckingham 2003; Messina, 2007a). Riprendendo il celebre costrutto di Wenger (1998), l'educazione mediale "si può concepire come partecipazione a *comunità di pratica*, che coinvolge la *mente in azione*, la mente che apprende nel fare e in interazione con gli altri e con i media – strumenti *intelligenti* di mediazione – all'interno di un sistema di attività" (Messina, 2004, p. 31). Da un punto di vista metodologico infatti, sia le attività dell'approccio *critical*, che quelle dell'approccio *production*, si configurano necessariamente come lavori "di" e "in" gruppo poiché: da un lato, la realizzazione di gran parte dei testi mediali (pensiamo ad esempio all'audiovisivo), in un contesto produttivo "industriale" ordinario, vengono realizzati necessariamente da équipe di professionisti che lavorano spesso in stretto contatto durante tutto il processo; dall'altro l'interazione reciproca tra i membri del gruppo, oltre a sviluppare il processo creativo favorendo il confronto tra punti di vista diversi (Buckingham, 2003), stimola l'apprendimento collaborativo tra pari, che dalla fase di ideazione a quella di fruizione del proprio prodotto⁴¹, scambiano informazioni, materiali, strategie di apprendimento, per un fine comune (la realizzazione del testo mediale). L'esperienza laboratoriale "nasce nell'incontro tra il fare e l'agire, fra l'azione sulle cose e il senso che viene attribuito a quell'intervento, e quindi l'esperienza non può essere predicata né può essere 'insegnata', viene piuttosto *partecipata*" (Paparella, 2006, p. 41). Le attività di educazione mediale dovrebbero infatti svolgersi in un clima che promuova la partecipazione di ogni membro del gruppo, valorizzi gli apporti di ciascuno, ridefinisca la figura dell'educatore come membro della stessa comunità di pratica degli educandi, con il ruolo di *scaffolder*, per agevolare la co-costruzione di conoscenze da parte degli educandi (Messina, 2007a; Ardizzone & Rivoltella, 2008).

Si può parlare in questo caso di *stile educativo* proprio dell'educazione mediale: "democratico e non impositivo, di partecipazione e di scambio, di collaborazione e

⁴¹ Le fasi di realizzazione di un prodotto mediale verranno illustrate nel capitolo 2, par. 2.4. riguardante la descrizione dell'intervento di educazione mediale previsto nella nostra ricerca.

condivisione gioiosa tra docenti e alunni e tra gli alunni, in un clima autenticamente laboratoriale”, in cui risultano fondamentali “la centralità dell’esperienza del ragazzo, l’attività di ricerca esplorativa per scoperta, la discussione e la ricerca di gruppo, l’apprendimento cooperativo, l’esperienza attiva che conduca alla progettazione e realizzazione di un prodotto” (Falcinelli, 2006, p. 39). In questa prospettiva “l’apprendimento si caratterizza come *processo situato* all’interno di un sistema di pratiche sociali e come *processo socialmente mediato e distribuito* tra un individuo, le altre persone all’interno della comunità e gli artefatti, in accordo con la divisione del lavoro e le regole che disciplinano l’intero sistema di attività [...]. In altri termini, l’apprendimento non è un’operazione individuale, ma un processo collettivo e partecipatorio di costruzione di conoscenza; non è l’individuo che apprende, ma un’entità collettiva, quella che si configura in un sistema di attività” (Messina, 2002, p. 607).

Inoltre, non solo attraverso l’attività di letto-scrittura, i bambini e ragazzi acquisiscono quelle che abbiamo definito come *competenze mediali*, ma nello stesso tempo entrano in contatto in modo motivante e sfidante con la tematica oggetto dei contenuti dei messaggi mediali da analizzare e produrre, interiorizzandone concetti, aspetti, problematiche, tanto che, come vedremo nel prossimo paragrafo, l’educazione mediale è invocata quale prassi efficace per le altre “educazioni”: alla cittadinanza, all’intercultura, alla salute, ecc... (Felini, 2004; Messina, 2007a; Parola, 2008; Martens, 2010).

Gli educandi sono chiamati ad utilizzare linguaggi, tecnologie e sistemi mediali come strumenti di rappresentazione, di espressione, di informazione, di apprendimento, di lavoro e di comunicazione (Falcinelli, 2006). E la partecipazione attiva degli educandi alla realizzazione di testi mediali dovrebbe dunque portare ad una miglior comprensione di sei aree esplorative riguardo al processo produttivo dei media, che insieme costituiscono un modello integrato per la realizzazione di attività di educazione mediale (Gonnet, 1997, p. 14): “le istituzioni dei media (chi comunica, a chi e perché); le categorie dei media (di che tipo/genere di media/testo si tratta); le tecnologie dei media (come viene realizzato il testo); il linguaggio dei media (gli elementi compositivi del testo); il pubblico dei media (chi riceve il testo); media e rappresentazione (come il testo presenta il suo oggetto)”.

Secondo Pavesi (2001, pp. 83-84) “l’utilizzo delle tecnologie per la comunicazione” può essere considerato sia obiettivo sia strumento: “la media education è infatti continuo rimando fra teoria e prassi, fra sperimentazione e sistematizzazione; è un imparare facendo. Dunque le competenze tecnologiche sono strumento in quanto è attraverso il fare (ad esempio la produzione di un filmato o di un giornale) che si acquisiscono competenze riguardo, ad esempio, ai linguaggi o ai vincoli stessi insiti nelle tecnologie; ma sono anche obiettivo, utilizzabile in modo strumentale (se conosco internet posso farne uso per ricercare informazioni) o sostanziale (se conosco le tecnologie di produzione della pubblicità potrò esprimere dei giudizi di valore in modo assai più consapevole)”. Inoltre, “mettere il bambino nella posizione del produttore mediale può renderlo in grado di capire la propria posizione di spettatore.

Probabilmente ci si rivolge a lui come membro di una famiglia, come bambino, come membro della società bianca di classe media, come minoranza etnica, come femmina. [...] i bambini avranno bisogno di prendere in considerazione: il periodo di attenzione che caratterizza il proprio pubblico; i suoi interessi; dove e quando le persone a cui si rivolgono guarderanno il loro programma, [...] attraverso l'uso della tecnologia dei media i bambini possono sviluppare consapevolezza su come un senso del pubblico sia inscritto all'interno del testo e di come i produttori oggettivizzano il loro pubblico offrendogli uno spazio particolare da occupare" (Craggs, 1992, p. 28).

Attraverso la "produzione" si completa il "percorso di abilità" (Kubey, 2005) da acquisire grazie all'educazione mediale, secondo la definizione riportata in apertura di paragrafo: *accedere* ai media, distinguendone le caratteristiche e le modalità di fruizione per poterne *analizzare* i prodotti; scoprirne la natura "rappresentativa" piuttosto che "riproduttiva" ed eventuali intenti persuasivi; *valutarli* attraverso uno spirito critico autonomo e personale; imparare a produrre messaggi mediali esprimendo le proprie idee e la propria creatività, attraverso linguaggi e mezzi propri della comunicazione mediale. Questo percorso è stato tracciato nel 1993 alla *Media Literacy National Leadership Conference* a Washington, dove sono stati inoltre individuati sei concetti chiave, che dovrebbero essere trattati in tutte le attività di educazione mediale, e che secondo Yates (2004) vengono considerati validi ancora oggi, pur essendo stati definiti anni fa (Aufderheide, 1993, p. 2): "1. i messaggi mediali sono costruzioni e non rappresentazioni della realtà; 2. i messaggi mediali sono prodotti all'interno di contesti economici, sociali, politici, storici ed estetici; 3. il processo di interpretazione dei messaggi mediali è il prodotto di un'interazione tra il ricevente, il testo e la cultura di riferimento; 4. i media utilizzano linguaggi specifici, che esprimono una varietà di sistemi simbolici, forme e generi; 5. le rappresentazioni mediali giocano un ruolo significativo nella comprensione della realtà sociale da parte delle persone".

In sintesi, si può ritenere che l'educazione mediale, nel suo approccio *production*: favorisca l'interazione tra "conoscenza scientifica" e "conoscenza di senso comune", fatta di immagini ed esperienze (Alvermann & Hagood, 2000; Goodson & Norton-Meier, 2003); valorizzi la dimensione del "saper fare" che integra la sfera del "sapere" e arricchisce quella del "saper essere" (Ardizzone & Rivoltella, 2008); stimoli l'apprendimento collaborativo (Jonassen, 1995), attraverso la co-costruzione del testo mediale; faciliti il processo di interiorizzazione delle informazioni e favorisca la condivisione di punti di vista differenti relativi alle stesse tematiche (Messina & Grassi, 2011). La produzione di messaggi mediali, inoltre, non solo sviluppa la competenza comunicativa, ma stimola il coinvolgimento *diretto* nel processo creativo, portando ad una "assunzione in proprio" della problematica trattata (Burn & Durran, 2007; Messina, 2004). Tali caratteristiche rendono questo approccio, e non solo nel contesto italiano, il maggiormente raccomandato da diverso tempo in tutti gli ambiti educativo-formativi (Galliani, 1988; 2002a)⁴².

⁴² Pioniera nella sperimentazione dell'approccio "production" è stata l'Università di Padova, nella cui Facoltà di Magistero venne istituita, nel 1971, la prima cattedra di *Metodologia e Didattica degli Audiovisivi*. Questa data segna un passaggio significativo nella formazione mediale di insegnanti ed

Si giunge dunque ad una nuova definizione di educazione mediale, che comprende sia l'approccio *critical* sia quello *production*, delineandosi come “processo di insegnamento e apprendimento centrato sui media [...] che si propone dunque di sviluppare sia una comprensione critica che una partecipazione attiva. Consente ai ragazzi di interpretare e dare giudizi consapevoli come consumatori dei media; ma li rende anche capaci di diventare loro stessi, a pieno titolo, produttori di media” (Buckingham, 2003, p. 22).

L'affermarsi dell'approccio *production* tra gli anni Ottanta e Novanta, infine, raccoglie le indicazioni del documento che ha sancito la rilevanza a livello internazionale dell'educazione mediale come ambito di ricerca e prassi metodologia: la *Dichiarazione di Grunwald sulla Media Education* (Unesco, 1982). Sottoscritta da ricercatori, studiosi ed educatori provenienti da 19 Paesi su invito dell'Unesco, questa dichiarazione ha aperto la strada allo sviluppo dell'educazione mediale, delineandone un profilo di base su cui si sarebbero innestati gli sviluppi futuri. In apertura di documento si legge un fermo invito a superare definitivamente la chiusura protezionistica dell'approccio *inoculatorio*: “Viviamo in un mondo in cui i media sono onnipresenti: un numero crescente di persone dedicano gran parte del loro tempo a guardare la televisione, a leggere giornali e riviste, ad ascoltare registrazioni sonore o la radio. In alcuni paesi, ad esempio, i bambini trascorrono già più tempo davanti ad uno schermo televisivo che non a scuola. Piuttosto che condannare o approvare l'incontestabile potere dei media, è necessario accettare come un fatto accertato l'impatto significativo che è loro proprio e la loro diffusione in tutto il mondo; e riconoscere allo stesso tempo che essi costituiscono un importante elemento della cultura nel mondo contemporaneo. Non bisogna sottostimare né il ruolo della comunicazione e dei suoi media nel processo di sviluppo, né la funzione strumentale che esercitano i media nel favorire la partecipazione attiva dei cittadini nella società. I sistemi politici ed educativi devono assumersi gli obblighi che su loro ricadono, promuovendo nei cittadini una comprensione critica dei fenomeni della comunicazione”.

Sulla base di tale premessa i sottoscrittori lanciano un appello allo scopo di “organizzare e appoggiare programmi integrati di educazione ai media che si estendano dal livello prescolastico all'università e all'educazione degli adulti e che tendano a sviluppare le conoscenze, le tecniche e gli atteggiamenti adatti a favorire lo sviluppo di una coscienza critica e, conseguentemente, di una maggiore competenza tra gli utenti dei media elettronici e di stampa. Idealmente, tali programmi dovrebbero andare

educatori, rivolta non solo ad apprendere a leggere testi mediali, ma a fare fotografia, cinema d'animazione, video-film, videotape, fumetto e così via (Galliani, 1984). Tale approccio trae origine dalle sperimentazioni avviate nel *Laboratorio Audiovisivi* dell'Istituto di Pedagogia, istituito nel 1967 sotto la direzione del Prof. Giuseppe Flores d'Arcais, “dove si realizzarono le prime forme di insegnamento televisivo a distanza. Oggi, tale struttura del Settore Tecnologie Educative del Dipartimento di Scienze dell'Educazione, denominata *Laboratorio Audiovisivo, Multimediale e Telematico*, è attrezzata per la produzione di materiale audiovisivo, informatico e multimediale ad uso didattico e di ricerca scientifica. Il Laboratorio è anche sede dei corsi di perfezionamento a distanza attivati dalla Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Padova” (Messina, 2007b, p. 99).

dall'analisi del contenuto dei media all'impiego degli strumenti di espressione creativa, attraverso l'uso dei canali comunicativi disponibili fondati sulla partecipazione attiva”.

Il documento sembra dunque invocare l'educazione mediale quale risoluzione del conflitto tra *apocalittici* e *integrati* (Eco, 1964), che si è diffuso dall'affermarsi dei primi mezzi di comunicazione di massa fino alle attuali tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Una prima forma di opposizione, secondo D'Amato (2006), può essere fatta risalire ai concetti di *mimesi* platonica e *catarsi* aristotelica, poiché “Platone sosteneva implicitamente, con la teoria della mimesi, la tesi dell'imitazione, per cui l'esposizione a scene di violenza, per esempio, continue e gratuite possono indurre nei bambini una reazione analoga per imitazione [...], Aristotele, sostenendo la teoria della catarsi, considerava al contrario, la capacità della rappresentazione simbolica della realtà di esorcizzare ansie e paure, come accade nelle favole” (D'Amato, pp. 11-12). Sul primo fronte troviamo Popper e Condry (1996), che denunciano il pericolo di interiorizzazione dei comportamenti violenti da parte dei giovani spettatori, influenzati dall'autorevolezza del mezzo e dalla sua capacità persuasiva attraverso rappresentazioni spettacolarizzate e decontestualizzate di azioni aggressive. A difesa dell'esperienza catartica televisiva, invece, si levano voci che si appellano a Bettelheim (1982) e ai suoi studi sulla necessità da parte dei bambini di sfogare attraverso l'esperienza vicaria e l'immedesimazione in personaggi di finzione, le proprie fantasie aggressive, imparando a conoscerle e a gestirle.

La questione riguarda più in generale l'influenza dei messaggi mediatici sul comportamento, che è stata dagli anni Cinquanta del secolo scorso ad oggi oggetto di ricerche sofisticate, oscillanti dai metodi sperimentali agli studi etnografici, le quali hanno fornito risultati discordanti, non portando ad una risposta definitiva sul problema in questione (per una disamina delle ricerche cfr. Pellai, 1999; Salvadori, 2005). Per fare solo un esempio, lo stesso Bandura nonostante in un suo celebre studio sperimentale sull'aggressività (1973)⁴³, abbia dimostrato che i bambini esposti a messaggi mediatici violenti adottano, successivamente alla fruizione, comportamenti violenti, ha ricontestualizzato, nella *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1988), il ruolo dei mass media come uno dei vari fattori ambientali che determinano il comportamento e che, a propria volta, come fattore, è sottoposto a processi di mediazione cognitiva, affettiva e sociale (Bandura, 2002). Che vi sia un'effettiva influenza dei media sia a livello sociale, poiché essi sono i maggiori veicoli di cultura, conoscenza e comunicazione (Greco, 2000; Salvadori, 2005), sia a livello individuale, poiché con i media si comunica, si apprende, e si sperimentano nuove situazioni virtualmente⁴⁴ (Personeni, 2011), non è ormai più in dubbio; ma allo stesso tempo non vi è alcun dubbio che soggetti diversi reagiscano a tale influenza in modo diverso (Pellai, 1999).

⁴³ Bandura A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall. Cit. in Bandura (2002).

⁴⁴ Pensiamo al meccanismo dell'identificazione dello spettatore con i personaggi di fiction o alle relazioni che si instaurano nei social network.

Anderson e Meyer (1988)⁴⁵ hanno per esempio teorizzato un modello “interattivo” per mettere in evidenza la relazione tra telespettatore e messaggi televisivi, che consta di tre dimensioni fondamentali: la qualità dello specifico stimolo televisivo; le caratteristiche dello spettatore correlate allo stimolo in analisi; la misura delle conseguenze comportamentali derivate dalla correlazione tra i due precedenti fattori. Kermol e Pira (1999) hanno condotto un’indagine con ragazzi “a rischio” di comunità protette e studenti di istituti professionali o licei, constatando che “la violenza agita in tv non influenza il comportamento degli spettatori, rendendoli violenti o aggressivi, ma è la società in cui viviamo, la situazione familiare e sociale a far l’uomo violento. La tv, da parte sua, può influenzare nella scelta dei modelli di identificazione, il comportamento effettivo dei bambini e degli adolescenti è però determinato da altri fattori, primo fra tutti il comportamento dei genitori, in quell’agenzia di socializzazione primaria che si chiama famiglia” (Kermol e Pira, 1999, p. 197).

Il limite principale delle ricerche riguardanti l’influenza dei media sui comportamenti umani sta nell’indagare maggiormente fenomeni a breve termine, che si reggono su nessi “temporali”, più che “causali”, scivolando nel rischio che “la correlazione temporale assuma di per se stessa le connotazioni di una correlazione di natura causale anche se nel frattempo molti altri fattori e variabili intervenienti possono aver agito sul soggetto spettatore” (Pellai, 1999).

Su un “effetto a lungo termine”, sia apocalittici che integrati sembrano invece concordare, ovvero la cosiddetta “fine dell’infanzia”, decretata dalla diffusione della radio e della televisione, attraverso l’erosione di quella distanza tra mondo adulto e mondo infantile che si era creata con l’accesso alla sfera pubblica adulta, conservata dal medium “stampa”. Celebre è la posizione di Meyrowitz (1985), secondo cui la televisione ha rivelato ai bambini il “segreto della segretezza”, andando “oltre il senso del luogo”, e portandoli in giro per il mondo ancor prima che abbiano conosciuto il proprio quartiere di residenza, attraverso un linguaggio semplice, immediato e fruibile anche dai più piccoli. Questa nuova fonte di informazione e divertimento spezza il monopolio degli adulti, genitori e insegnanti, sulla trasmissione di saperi e valori ai bambini: “dalla televisione, e non solo dalla cerchia limitata delle persone responsabili della loro educazione, i bambini si fanno un’idea di com’è fatto il mondo, quali regole sono appropriate in diverse situazioni sociali, i mestieri possibili, le città in cui vivere, i destini delle relazioni amicali, sentimentali e sessuali, le forme che può assumere la violenza, le malattie più terribili, come funzionano gli ospedali e tante altre cose” (Salvadori, 2005, p. 9). Tale processo può essere definito, con accezione negativa, come “adultizzazione” del bambino: “la tv elimina la linea che separa infanzia ed età adulta perché non richiede alcuna istruzione per poter capire ciò che essa stessa trasmette, perché non impone questioni difficili di natura etica o intellettuale e perché non separa gli uni dagli altri i suoi spettatori ma al contrario li unisce davanti al suo schermo. Tutti, adulti e bambini (e bambini adulti) ricevono simultaneamente le stesse informazioni” (Landi, 2006a, p. 70).

⁴⁵ Anderson, J & Meyer, T. (1988). *Mediated communication: a social action perspective*. Newbury Park: Sage. Cit in Pellai (1999).

Da un altro punto di vista, questo processo porta ad una nuova forma di “sviluppo” delle dinamiche cognitive e sociali dei bambini, poiché ad esempio la televisione “consente la memorizzazione di un maggior numero di conoscenze – facilitata dalla visualizzazione e dalla drammatizzazione delle presentazioni – il potenziamento delle capacità d’interpretazione del movimento degli oggetti nello spazio tridimensionale, il miglioramento generale delle competenze linguistiche. Per quanto riguarda la vita sociale dei bambini, si possono considerare gli effetti positivi della fruizione televisiva che può essere motivo di aggregazione con coetanei e/o persone appartenenti ad altre generazioni, oltre a fornire un linguaggio condiviso e comuni argomenti di conversazione, risorse preziose d’integrazione in un mondo sociale altamente differenziato e frammentato come quello contemporaneo” (Salvadori, 2005, p. 12).

Sulla stessa linea troviamo anche Coggi (2003), che ha condotto un’ampia ricerca nazionale sul contenitore *Melevisione*, i cui programmi non solo sono risultati educativi da un punto di vista delle tematiche trattate (diversità, genere, relazioni, bene/male, manualità, ecc...), ma complementari a talune attività didattiche orientate ai processi cognitivi relativi alla percezione (riconoscimento di forme e oggetti) o alla manualità (memorizzazione di sequenze operazionali per la realizzazione di semplici “lavoretti”).

Livolsi (1998) parla invece della socializzazione televisiva come una fase di “apprendistato” di un bambino che impara a reagire emotivamente a ciò che compare sul piccolo schermo, che lo fa piangere o ridere, provare emozioni e sentimenti, più che fornirgli suggerimenti su possibili comportamenti e modelli di relazione con gli altri.

Secondo Mariet (1989), la televisione è più una questione “di tecnologia”, di percezione, di marketing, non di morale, riguarda più lo “sguardo” che le cose guardate, è partecipe dell’evoluzione in profondità dei comportamenti sociali, in ragione del fatto che in essa, attraverso le sue caratteristiche tecnologiche, passano nuove forme di pensiero. E in questo aspetto è chiaro il riferimento a De Kerkove (1991) e al suo *brainframes*, ovvero la “cornice cognitiva” forgiata da ogni medium attraverso l’impiego dei processi percettivi e cognitivi maturati dall’uomo per la sua fruizione, ad esempio: la lettura ha portato la mente umana ad organizzare l’informazione in maniera sequenziale, così come si fa con l’alfabeto, mentre la televisione, che provoca sollecitazioni multisensoriali, comporta la percezione di una moltitudine di stimoli contemporaneamente e a vari livelli.

L’esperienza televisiva continua ad essere, ancora oggi, la “prima esperienza mediatica” dei bambini, ed in un certo senso quella che condizionerà tutte le altre. Il bambino guarda la tv facendo altre cose e passando da un canale all’altro con disinvoltura, costruendosi una propria visione, attraverso un’opera di “bricolage” di messaggi e significati che ha tratto dalle sequenze televisive per lui più coinvolgenti, interpretando quella frammentarietà, euforia e presentificazione del tempo, che caratterizzano l’estetica visiva postmoderna (Canova, 2000). Questa abilità di bricoleur, secondo Greco (2000), fa parte del continuum che va dalla logica con cui il bambino arriva, attraverso appunto un’azione di bricolage, ad elaborare concetti astratti come quello di quantità, alla logica che presiede la comunicazione multimediale interattiva, che impegna il bambino in un percorso cognitivo per tentativi ed errori alla ricerca di

connessioni che mettano insieme elementi diversi. Per esempio, “i bambini che, attraverso la libera navigazione tra le immagini televisive hanno avuto un precoce imprinting all’arte del bricolage, saranno sicuramente avvantaggiati nel padroneggiare le nuove tecnologie della comunicazione” (Greco, 2000, p. 143), e per dirla con Maragliano (1996, p. 3), saranno pronti per diventare oggi “esseri multimediali, perché la logica di cui si servono per conoscere e conoscersi e per entrare in relazione con i loro simili [...] poggia sulla collaborazione-integrazione di un’ampia varietà di mezzi”. Secondo una recente ricerca di Mantovani e Ferri (2008), infatti, i bambini, sin dalla scuola dell’infanzia, sono in grado di esercitare un’“appropriazione” creativa e non solo strumentale delle tecnologie digitali con estrema naturalezza, usando il computer per scrivere, giocare, navigare in rete.

Di parere opposto, l’“apocalittico” Sartori (1997), che punta ancora una volta il dito contro la televisione, considerandola uno strumento *antropogenetico*, generatore di una nuova forma vivente: il “video-bambino”, che si avvale del *vedere* come unica forma di conoscenza, abbandonando la lettura, e con essa, quella capacità di riflessione e di analisi che attiva la capacità di astrazione e ragionamento, alla base dell’evoluzione da animale a uomo. In questo senso, il potere formativo dei media va riconosciuto e sfruttato come risorsa educativa, all’interno di un contesto di “*dieta mediale*, che valorizzi opportunamente i vari media: libri, fumetti (i media della lettura), computer (il medium dell’interattività e della multimedialità), radio, musica (le esperienze dell’ascolto mediale)” (D’Abbicco, 2008, p. 60). Jacquinet-Delaunay (2007), a tal proposito, mette in evidenza come il terreno di gioco per l’educazione mediale oggi sia quello delle “mediaculture”, definite da Buckingham (2003, p. 190) come “le culture quotidiane dell’uso dei media, il dialogo e la costruzione di significato che circonda i media”. Un educatore mediale di oggi dovrebbe conoscere la comunicazione in tutte le sue forme (dall’oralità all’ipertestualità) e considerare i media come “partner cognitivi” e “agenti di socializzazione”, operando all’insegna di un’integrazione generale che può essere così delineata: “non bisogna dimenticare che insegnare i media o con i media sono attività complementari: non si deve mai dissociare un contenuto dalla sua messa in forma; l’educazione ai media, inoltre, non può ridursi a un solo medium, ma deve prendere in considerazione l’intero ambiente mediatico dei giovani, e d’altra parte non soltanto i media che loro frequentano più volentieri, anche se questi sono senza dubbio il miglior punto d’inizio; infine è opportuno non isolare le pratiche di educazione ai media dalle altre pratiche sociali e culturali” (Jacquinet-Delaunay, 2007, p. 140).

L’ambiente mediatico attuale è caratterizzato dalla “convergenza digitale” (Negroponte, 1995), che non porta alla sostituzione dei vecchi media con i nuovi media, ma, come già sosteneva McLuhan (1964), conduce i nuovi media ad assorbire, inglobare e fare propri i vecchi media, creando nuovi ambienti per la loro sopravvivenza, ed instaurando quella “circolarità del processo tecnologico-comunicativo-multimediale, per cui mentre i segnali transitano dall’analogico al digitale, i segni ritornano dal digitale all’analogico” (Galliani, 2002b, p. 793). Da un lato questo suggerisce che non si debba distogliere l’attenzione dall’educare alla televisione, stampa, radio o cinema, e nel contempo si debba considerare come questi

linguaggi e queste tecnologie interagiscano con l'ambiente digitale o multimediale, che è a propria volta è caratterizzato da linguaggi e prodotti suoi propri, principalmente fondati sull'interattività.

In questo nuovo scenario sembra imporsi, in maniera più pressante rispetto al passato, il problema di pertinenza pedagogica legato all'identità (Morcellini, 1999; Conte, 2003), che secondo la posizione di Galimberti, si sviluppa attorno al riconosciuto potere delle tecnologie nel *plasmare* contenuti e modalità comunicative, per cui "il soggetto appare come risultato e non come promotore dell'azione e la sua azione più come funzione prevista dal sistema che come espressione di sé" (Galimberti, 1999, p. 551). Posizione in antitesi a quella di Lévy, il quale identifica lo spazio virtuale come "spazio del sapere", che "non manda in frantumi le identità, ma le libera: ridà a ciascuno la possibilità di dar forma alle proprie immagini" diventando un "vettore molecolare di intelligenza collettiva" (Levy, 1994, p. 163). Sia Morcellini (1999) che Conte (2003) chiamano in causa, a tal proposito, la pedagogia, che dovrebbe promuovere un apprendimento, ad esempio della e nella rete, che "privilegi l'intuizione, l'apertura a scoperte che sovvertono i quesiti posti in origine", ponendo un approccio al mezzo "meditativo, contemplativo, frutto di una lettura più lenta, aperta alle connessioni inattese, ai significati e alle interpretazioni impreviste" (Conte, 2003, p. 111), per far sì che "il soggetto sia parte attiva del processo di costruzione della realtà sociale e della propria identità" (Morcellini, 1999, p. 18).

In termini generali, si può ritenere che il conflitto tra apocalittici e integrati nella sua dimensione *diacronica* (ovvero nel suo sviluppo storico) e nella sua dimensione *sincronica* (cioè come permanente contrapposizione tra aspetti negativi e aspetti positivi dei mezzi di comunicazione), venga assorbito dalla "categoria della pendolarità", che appartiene alla pedagogia dei media, quale atteggiamento oscillatorio, in grado di conoscere e "toccare" posizioni opposte, al fine di conquistare un proprio equilibrio ottimale (Felini, 2004). "La pendolarità – a nostro giudizio – va intesa in due sensi: in *senso diacronico*, essa indica l'evoluzione storica che ha portato solo gradualmente la pedagogia ad adottare un atteggiamento uniforme nei confronti dei media, dato che obiettivamente si è registrata in passato una maggiore presenza di posizioni di chiusura ed oggi, invece, una più aperta disponibilità. Il fatto è, tuttavia, che l'oscillazione del pendolo si risolve naturalmente nel raggiungimento di un equilibrio stabile; un equilibrio però che è per sua natura problematico e che la cultura pedagogica affronta con la sua connaturata criticità, ovvero con l'apertura ad opzioni fondamentali che non possono essere se non personali ed autonome. Pertanto, in *senso sincronico* la pendolarità è indice del riconoscimento della doppia faccia dei media, di quell'equilibrio di visione che, abbandonati gli estremismi della condanna e del rifiuto, accetta la positività intrinseca dei media ed il loro valore nella formazione umana, nella trasmissione delle conoscenze e nella facilitazione della comunicazione, senza tuttavia dimenticare gli aspetti di problematicità e di rischio che questi continuano a comportare" (Felini, 2004, p. 170).

In sintesi, quindi, e da una prospettiva epistemologica, potremmo anche considerare l'educazione mediale come "un processo infinito di investigazione delle modalità con

cui andiamo alla ricerca di significato e lo creiamo attraverso testi mediali, e di investigazione delle modalità con cui gli altri fanno la stessa cosa per noi” (Lemish, 2007, p. 201).

1.2.3. Ambiti applicativi

Per le sue proprietà, sia come disciplina a sé stante, che come approccio metodologico, e per il fatto che il suo “oggetto” specifico d’intervento per lo più “dipende dagli interessi contingenti, dalle necessità sociali e dalle abilità cognitive” (Craggs, 1992, p. 24), l’educazione mediale si presta con efficacia ad essere impiegata in diversi ambiti applicativi. Tra le *Raccomandazioni di Siviglia* (Unesco, 2002), che costituiscono un documento programmatico di fondamentale importanza per le istituzioni che si occupano di educazione e media nel mondo, infatti figura anche quella di “introdurre l’educazione mediale ovunque possibile, all’interno dei curricula scolastici nazionali, tanto quanto nel settore terziario, e nell’ambito dell’educazione non formale e della *lifelong education*”. La Raccomandazione della Commissione Europea (2009) sull’*Alfabetizzazione mediatica nell’ambiente digitale per un’industria audiovisiva e dei contenuti più competitiva e per una società della conoscenza inclusiva* sottolinea il fatto che la competenza mediale “è una competenza fondamentale non solo per i giovani, ma anche per gli adulti e gli anziani, i genitori e gli insegnanti e i professionisti dei media. Grazie a Internet e alla tecnologia digitale, un numero crescente di europei può ora creare e diffondere immagini, informazioni e contenuti”.

La competenza mediale è stata suddivisa in vari livelli di alfabetizzazione, che includono: “il sentirsi in grado di utilizzare senza problemi tutti i media esistenti, dai giornali alle comunità virtuali; l’utilizzare attivamente i media, facendo ricorso fra l’altro alla televisione interattiva, ai motori di ricerca Internet o alla partecipazione alle comunità virtuali, e la capacità di sfruttare meglio il potenziale dei media per quanto riguarda gli spettacoli, l’accesso alla cultura, il dialogo interculturale, l’apprendimento e le applicazioni quotidiane (come le biblioteche, i podcast); l’accostarsi criticamente ai media in termini sia di qualità che di veridicità dei contenuti (ad esempio, essere in grado di valutare le informazioni, confrontarsi con la pubblicità nei vari media, utilizzare con intelligenza i motori di ricerca); l’utilizzare creativamente i media, visto che l’evoluzione delle tecnologie e la presenza sempre più massiccia di Internet come canale di distribuzione consentono ad un numero sempre crescente di europei di creare e diffondere immagini, informazioni e contenuti; il comprendere l’economia dei media e la differenza tra pluralismo e proprietà dei media; l’essere consapevoli dei problemi di copyright, essenziali per una *cultura della legalità*, specie per le generazioni più giovani nella loro duplice veste di consumatori e produttori di contenuti” (Commissione Europea, 2007b). Pertanto “l’alfabetizzazione mediatica si riferisce alle competenze, alle conoscenze e alla comprensione che consentono ai consumatori di utilizzare i media in modo efficace e sicuro. Le persone in possesso di un’alfabetizzazione mediatica sono in grado di operare le loro scelte con cognizione di causa, comprendere la natura dei

contenuti e dei servizi e avvalersi dell'intera gamma di possibilità offerte dalle nuove tecnologie delle comunicazioni e sono maggiormente in grado di proteggere se stessi e le loro famiglie contro i contenuti nocivi od offensivi. Si dovrebbe pertanto promuovere lo sviluppo dell'alfabetizzazione mediatica in tutti i settori della società e seguirne attentamente i progressi" (Parlamento Europeo & Consiglio Europeo, 2010).

Livingstone, van Couvering e Thumim (2003) hanno individuato tre ampi obiettivi a cui l'educazione mediale in tutti gli ambiti della formazione e in tutti i periodi della vita può apportare un significativo contributo: oltre a quello denominato "democrazia, partecipazione e cittadinanza attiva" e a quello del *lifelong learning*, vi è anche l'ambito della "economia della conoscenza, competitività e scelta", che si colloca "nella società di mercato, sempre più basata sull'informazione, spesso in forma complessa e mediata, in cui un individuo che possiede competenze mediali avrebbe di più da offrire e potrebbe così raggiungere un livello più alto nel suo posto di lavoro; una società che possiede competenze mediali sarebbe innovativa e competitiva, e in grado di fornire una ricca gamma di scelte per il consumatore" (Livingstone et al., 2003, pp. 7-8).

L'educazione mediale in Italia, può essere utilizzata per diversi scopi in tre principali contesti (Rivoltella & Marazzi, 2001): 1. la scuola; 2. il terzo settore, che comprende a propria volta l'extrascuola, con l'animazione socio-culturale del territorio, e l'ambito del no profit, in particolare in situazioni di disagio (comunità minorili, carceri, case di accoglienza, ecc...); 3. il profit, con l'azienda e la pubblica amministrazione. Ciascun ambito porta con sé necessità educative e formative specifiche e caratteristiche proprie, di cui l'intervento di educazione mediale deve tenere conto, attraverso l'individuazione di quattro istanze principali (Felini, 2005): i bisogni espressi dagli utenti a cui è destinato l'intervento (i loro rapporto con i media e le tecnologie, i loro interessi nel campo dei linguaggi e della cultura mediale, le loro pre-conoscenze o esperienze passate); le disposizioni normative (indicazioni ministeriali, prescrizioni dei bandi di finanziamento degli enti locali o dell'Unione Europea, così come di fondazioni e istituti privati); linee stabilite dall'organizzazione (scuola, cooperativa, azienda, ente pubblico); indicazioni di esperti e consulenti che attraverso una visione più ampia della situazione socioculturale del contesto, possono fornire linee guida significative per l'intervento.

L'**ambito scolastico** è il più antico contesto dell'educazione mediale dove si sono alternati i tre approcci principali che abbiamo precedentemente illustrato: da quello *inoculatorio*, governato sostanzialmente da una dinamica di opposizione tra il sapere veicolato dalla scuola e il sapere veicolato dai media (Mastermann, 1994), a quello *critical*, nelle sue varie declinazioni, che ha invitato la scuola ad accogliere i media come veicoli da un lato, e forgiatori dall'altro, della cultura giovanile (Jacquinot-Delaunay, 2007), fino a quello *production*, che ha visto la scuola avvalersi dei laboratori di letto-scrittura mediale quali strategie utili ai propri fini educativi, come sviluppare, ad esempio, la creatività e lo spirito di collaborazione degli allievi (Galliani, 2002; Buckingham, 2003; Messina, 2004; Falcinelli, 2006; Ardizzone e Rivoltella, 2008). La difficoltà iniziale da parte della scuola di integrare i media e l'educazione mediale nei suoi curricula è stata dovuta a differenze "culturali" tra gli ambienti di apprendimento

formale e quelli di fruizione mediatica. Secondo Falcinelli (2006, pp. 35-36): “la cultura della scuola è caratterizzata da alcuni aspetti peculiari che appartengono alla tradizione: preminenza della comunicazione verbale, scritta ed orale; monomedialità sensoriale linguistica e tecnologica; astrazione e razionalizzazione dell’esperienza; codificazione formalizzata dei saperi, della cultura della tradizione, del passato; apprendimento concettuale secondo una logica analitica, lineare sequenziale. La cultura dei media è invece caratterizzata da: integrazione sensoriale-linguistica e tecnologica tra parola, suono e immagine; esperienza per immersione, logica del presente, complessità, globalità, analogia; codificazione degli elementi di conoscenza secondo la logica del *sensorio integrale* (partecipazione, senso del qui e ora, nello spazio e nel tempo, coinvolgimento emozionale); apprendimento per intuizione secondo una logica globale, associativa, reticolare”.

Un ulteriore deterrente all’affermarsi dell’educazione mediale a scuola è stato il *digital divide* tra gli insegnanti, nati e cresciuti all’epoca dei media analogici e le nuove *screen generation* (Rivoltella, 2006) dei cosiddetti nativi digitali (Prensky, 2001), che portano con sé *mediaculture* e *brainframes* di una nuova era, come abbiamo visto, caratterizzata dalla convergenza tra vecchi e nuovi media (Manovich, 2001). Dunque sembra essere necessaria una doppia riconciliazione: quella tra la generazione adulta e la generazione dei giovani, che può avvenire con il ridimensionamento del gap attraverso l’educazione mediale rivolta agli insegnanti e ai genitori, e quella tra la scuola e il mondo esterno, che può compiersi con l’adozione dell’educazione mediale da parte dell’istituzione. La scuola di oggi “si adegua alle trasformazioni sociali, compiendo una modificazione della sua struttura organizzativa e della sua logica funzionale; nello specifico, comincia ad aprirsi all’ambiente circostante, stabilendo rapporti di comunicazione, di cooperazione e di collaborazione e riconfigura nuove strategie didattiche e di progettazione” (Morcellini, 2004, pp. 24-25). In particolare l’attività laboratoriale di *letto-scrittura* dell’educazione *attraverso* i media, su cui ci siamo precedentemente soffermati, favorisce il superamento delle “tre chiusure di significato della scuola nei confronti dei ragazzi: la monomedialità comunicativa, l’atemporalità dei saperi e la socializzazione protetta [...]. La prima apertura consente l’esplorazione della comunicazione visiva, audiovisiva e multimediale, in quanto integrazione-interazione sensoriale, linguistica, tecnologica tra parola-suono-immagine, cioè tra segni e sistemi simbolici di rappresentazione della realtà, che fanno riferimento a forme dei linguaggi audiovisivi (simultaneità, complessità, continuità, analogia, sinestesia) [...]. Il laboratorio dei segni mediali e multimediali può diventare il luogo in cui i saperi scolastici della separazione provano a trasformarsi nei saperi antropologici della condivisione [...]. La terza apertura del laboratorio di educazione mediale e multimediale va proprio verso questi passaggi di una nuova rete della comunicazione plurilinguistica e multietnica, dove le differenze di etnia, di età, di sesso, di cultura, di lavoro, di esperienza, di desiderio, sono mascherati dai colori delle immagini e dalle decorazioni dei corpi, nuova foresta di simboli da abitare e non solo da leggere-interpretare” (Galliani, 2004, pp. 16-17).

L'educazione mediale è trasversale e pervasiva in quanto investe l'intero percorso scolastico, dalla scuola dell'infanzia all'università (Morcellini & Rivoltella 2007; Parola, 2008), e si presta alla multidisciplinarietà poiché possono essere affrontati, attraverso laboratori di letto-scrittura mediale, temi legati alle "educazioni" come, ad esempio, l'intercultura (Galliani, 1996), l'identità di genere (Pellai & Tamburini, 2003), la promozione della salute (Bergsma & Carney, 2008), la cittadinanza attiva (Martens, 2010), che nel sistema scolastico italiano sono componenti dell'educazione alla "Convivenza Civile" (Bertagna, 2005)⁴⁶. L'articolazione dell'autonomia scolastica, così come prevista dalla legge n. 59/97⁴⁷, apre alle scuole ampi spazi per iniziative educative trasversali, magari in collaborazione con le regioni e gli enti locali, poiché, pur all'interno delle direttive ministeriali generali, esse possono elaborare curricula *locali* (Felisatti, 2001), per affrontare specifici bisogni emergenti dal contesto culturale, sociale, politico, ambientale del territorio in cui si trovano (Semeraro, 1999b).

Lemish (2007), rifacendosi ai sistemi educativi europei, ha individuato 4 diverse concezioni dell'educazione mediale: come disciplina indipendente; come componente di un'altra disciplina (educazione civica o arte); come integrazione all'interno dell'intero spettro delle materie scolastiche (ogni disciplina integra gli aspetti di sua competenza); come parte di un curriculum integrativo interdisciplinare ("società contemporanea", "scienze umane e cultura"). Seppur il dibattito sui rischi e le sfide della *curricularizzazione* dell'educazione mediale sia ancora aperto (Felini, 2005), è ormai una necessità chiara e ribadita che la scuola, di ogni ordine e grado, debba occuparsi dei media, sia in virtù del suo compito primario, ovvero quello di "alfabetizzare gli allievi e di avviarli al possesso consapevole e creativo dei diversi sistemi simbolici con cui viene comunicata la conoscenza", sia perché è da sempre il "luogo del comprendere, del pensare, del rielaborare in termini analitici e riflessivi l'esperienza di vita, perché possa diventare più ricca culturalmente e più consapevole" (Falcinelli, 2007, pp.149-150). Che le attività siano condotte dall'insegnante o dall'educatore mediale, come abbiamo visto, esse implicano uno stile didattico o educativo "democratico" ed "egualitario", poiché colui che conduce il laboratorio di letto-scrittura in quel momento diventa parte di un

⁴⁶ Un momento significativo della riconciliazione tra l'educazione formale e il mondo dei media è stata potremmo dire "riconosciuta" a livello istituzionale con la riforma della Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado del D.L. 59/2004 – Decreto legislativo 19 febbraio 2004, n. 59. *Definizione delle norme generali relative alla scuola dell'infanzia e al primo ciclo dell'istruzione*, a norma dell'articolo 1 della legge 28 marzo 2003, n.53. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.51 del 2 marzo 2004 – Suppl. Ord. N. 51. (URL: <http://archivio.pubblica.istruzione.it/riforma/allegati/dl190204.pdf>) – che negli obiettivi formativi e di apprendimento inserisce la capacità di riconoscere e saper interpretare i messaggi mediali fin dall'età prescolare. Per la Scuola primaria e Secondaria di primo grado, gli obiettivi si estendono dalla corretta fruizione dei messaggi mediali, alla loro valutazione critica, fino alla produzione, e dovranno essere raggiunti con attività educative didattiche unitarie, organizzate con lo scopo di aiutare gli alunni a trasformare in competenze personali le conoscenze e abilità disciplinari stesse. Le discipline all'interno delle quali sono previste attività di educazione mediale in ambito didattico sono "Arte e immagine", "Tecnologia e informatica" e "Musica", ma è prevista inoltre la possibilità di progetti indipendenti legati anche ai curricula di altre materie, sia per iniziativa dei docenti, sia per il contributo di esperti esterni, dagli educatori mediali ai professionisti del settore della comunicazione.

⁴⁷ Legge 15 marzo 1997, n. 59. *Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa*. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 63 del 17 marzo 1997.

processo dialettico in cui emerge la varietà degli stili di apprendimento degli allievi, che “apportano allo studio dei media tutta una serie di interessi, bisogni, esperienze, conoscenze pregresse e motivazioni” (Lemish, 2007, p. 211).

Il **terzo settore** accoglie le attività di educazione mediale che vengono proposte nell’ambito dell’animazione socio-culturale del territorio (Limone, 2009) e all’interno dei servizi alla persona (Rivoltella & Marazzi, 2001). Poiché l’animazione socio-culturale in prospettiva educativa si riferisce ad un insieme di prassi, dirette ai soggetti, ai gruppi ed alla comunità territoriale, messe in campo per creare e mantenere il contatto con/tra i membri in situazione, la comunicazione e l’uso dei linguaggi diventa uno snodo cruciale della metodologia animativa, che si serve dell’educazione mediale per lo sviluppo di processi di qualificazione di competenze volte al passaggio dalla fruizione a-critica alla produzione consapevole di segni e significati (Messina et al., 2011). Un ulteriore motivo di interconnessione tra educazione mediale e animazione socio-culturale sta nel senso di “comunità”, da un lato sollecitata nelle *pratiche* dell’*approccio production*, e dall’altro intesa come base e come obiettivo dell’intervento, che spesso è finalizzato ad incentivare l’aggregazione sociale. Secondo Limone (2009, p. 146): “azioni educative nel territorio che mirano ad alfabetizzare al linguaggio mediale possono contribuire alla riduzione del *digital divide*, facilitando l’accesso di gruppi svantaggiati o scarsamente rappresentati alla rete internet e all’esercizio consapevole dei diritti democratici di cittadinanza. Interventi di educazione ai media nel territorio possono accrescere il senso di auto-efficacia delle comunità, aumentando l’autonomia dei soggetti che apprendono e amplificando le potenzialità di sviluppo personale e comunitario”.

Gli obiettivi sociali degli interventi di educazione mediale in ambito animativo sul territorio sono essenzialmente due: “l’analisi, da parte dei soggetti coinvolti, della realtà in cui vivono e della modalità con cui quest’ultima viene rappresentata dai media e percepita dal contesto sociale; il potenziamento del contenuto connettivo sociale con il superamento di stereotipi e false convinzioni, attraverso un lavoro cooperativo che implica la conoscenza e il rapporto con l’altro” (Rosa & Tosco, 2008, p. 209). Lo sfondo su cui le istituzioni, soprattutto pubbliche, stagliano le iniziative di educazione mediale sul territorio, rimanda all’obiettivo generale di formare una cittadinanza attiva e partecipativa, in un contesto che sia non solo “istituzionalmente” ma anche “culturalmente” democratico. Come ipotizzato da Masterman (1994, p. 101): “la democratizzazione delle istituzioni e la lunga marcia verso una democrazia veramente partecipativa dipenderanno in massima parte dalla capacità dei cittadini di operare un certo controllo, di divenire forti agenti di cambiamento, di prendere decisioni razionali (spesso sulla base dell’evidenza fornita dai media stessi) e di comunicare tra di loro in modo efficace, anche grazie a un uso e a un coinvolgimento attivo dei media”. In questa prospettiva, che si fa tanto più incalzante quanto più l’intervento esce dall’educazione formale per abbracciare le più ampie e variegate dinamiche sociali, l’educatore mediale “diventa due volte mediatore poiché, oltre alla mediazione propria della sua funzione, si trova ad esercitare la mediazione tipica dell’animatore che consiste nel ricreare e dare

nuova vitalità alla trama di relazioni fra le persone in quanto partecipi di una comunità” (D’Abbicco, 2001, pp. 111-112).

L’educazione mediale può esprimersi in contesti pubblici (musei, biblioteche, ludoteche, ecc...) o privati (librerie, centri culturali, aziende locali), tenendo in considerazione che “animare il territorio significa, a partire dalla sua tipicità (realtà geografica, tradizione culturale), leggere i bisogni fondamentali che in esso vengono espressi (forte presenza della tossicodipendenza, assenza di centri di aggregazione giovanile, ecc.) e cercare di rispondervi attraverso una possibile sinergia di risorse” (Rivoltella & Marazzi, 2001, pp. 89-90). *Libroparlante* (Bianchi et al., 2005) costituisce, ad esempio, un modello di educazione mediale in libreria che coniuga cultura e divertimento, poiché grazie a supporti multimediali da utilizzare con l’educatore, il bambino entra in contatto con i libri in un modo per lui diverso dal solito, e grazie alle attività laboratoriali che uniscono i media editoriali con quelli audiovisivi, i partecipanti socializzano e riconoscono nella libreria un luogo di aggregazione alla loro portata. *Medialab* (Pozzi, 2005) è invece un progetto di educazione mediale nelle mediateche o nei centri audiovisivi, pensato come laboratorio permanente aperto a tutti, che ha come campo d’azione e ricerca l’ambiente socioculturale nel quale è inserito (provincia, città o quartiere) in rapporto ai media elettronici, video e web, e la sperimentazione di nuove forme di espressione e comunicazione. Anche in questo caso, come in quello di *Libroparlante*, le attività di educazione mediale contribuiscono ad un rinnovamento della concezione e della funzione del luogo “mediateca” o “libreria”, che non sono più semplici scrigni depositari del sapere sotto formati cartacei o multimediali, ma diventano reali ambienti di interazione sociale continuativa e quindi punti di riferimento nel territorio. *Iperbole* (Limone, 2009) costituisce, invece, un esempio di comunità *on line* creata dal comune di Bologna per favorire esperienze di programmazione partecipata attraverso gli strumenti telematici, mentre *Infoanziani* (Rosa & Tosco, 2008) ha portato in rete non solo informazioni sui servizi socio-sanitari pubblici e privati, ma anche proposte e dibattiti sul tempo libero. In questi due casi l’intervento di educazione mediale per l’animazione socio-culturale si sposta nel web, poiché “se ci soffermiamo a osservare più da vicino l’uso sociale dei media digitali notiamo che per le loro proprietà tecnorelazionali essi sono capillari e pervasivi, permettono di raggiungere rapidamente molti soggetti, di accorciare le distanze spazio-temporali e offrono un terreno ideale per condurre interventi di animazione sociale e culturale” (Limone, 2009, p. 142).

I servizi alle persone in stato di disagio propongono invece attività con finalità emancipatorie, all’interno delle quali l’educazione mediale trova ampio margine d’azione proprio per le sue caratteristiche legate allo sviluppo di abilità espressive e di analisi critica, tanto più necessarie a soggetti che hanno maggiore difficoltà a relazionarsi con la realtà e con sé stessi. Due sono i filoni principali legati a questo contesto applicativo dell’educazione mediale: “il primo risponde alla necessità di tutelare i gruppi scarsamente rappresentati all’interno dei mass media attraverso un processo di alfabetizzazione e coscientizzazione della realtà mediatica; il secondo enfatizza il valore formativo dei media come strumento di conoscenza di una realtà

difficilmente sperimentabile a causa delle limitazioni sociali, riuscendo successivamente a leggere in modo critico la *realtà patinata* proposta dai mass media” (Rosa e Tosco, 2008, p. 222).

Ad esempio, i soggetti che hanno subito violenza o hanno sviluppato una dipendenza dalle droghe è molto probabile allentino i legami con una realtà vissuta come dolorosa, e, conseguentemente, diminuiscano la propria consapevolezza e il proprio spirito critico, verso una deriva di smarrimento e senso d’inadeguatezza, deleteri per il loro percorso di recupero. In questi casi l’educazione mediale può: “facilitare la focalizzazione del problema (violenza, droga) aiutando i soggetti a verbalizzare i loro vissuti (ad esempio lavoro in comunità su film che parlano di droga o sulla rappresentazione che la televisione fornisce del tossicodipendente); facilitare la condivisione e il confronto sui problemi [...]; fornire ai soggetti degli strumenti per recuperare un’interpretazione della realtà attenta ai valori, che consenta di ricomporre una visione critica del mondo” (Rivoltella & Marazzi, 2001, pp. 87-88). Attività di letto-scrittura mediale si possono ad esempio realizzare nelle carceri, invitando i detenuti a produrre messaggi mediali sulla propria esperienza e sulle ragioni che li hanno portati alle azioni illegali commesse, riflettendo sulla propria vita e permettendo anche ad altri di conoscere una realtà, quella carceraria, poco rappresentata dai mass media e spesso vittima di stereotipizzazioni (Rosa e Tosco, 2008). Un altro esempio è il laboratorio di fotografia con persone diversamente abili *Oltre l’immagine*, che ha l’obiettivo di considerare il medium in questione non come mezzo, ma “come *ambiente* nel quale le persone disabili possano trovare stimoli differenti per osservare ed interpretare la realtà, per guardare a sé stessi con occhi diversi, per poter esprimere la propria interiorità” (Sorzi, 2005, p. 227). Questa esperienza vuole superare i propositi meramente assistenziali verso le persone in difficoltà, aprendo ad una nuova possibilità comunicativa tra educatore ed educando, che passa attraverso la caratteristica stessa della fotografia, di “comunicare al di là dei confini dell’immagine rappresentata [...] può raccontare eventi, evocare suggestioni, valorizzare un punto di vista, rivelare stati d’animo e l’interiorità del fotografo” (Sorzi, 2005, p. 228).

Per quanto riguarda l’**azienda**, l’educazione mediale potrebbe “promuovere nell’organizzazione la responsabilità della condivisione [...] e superare l’idea della formazione in termini di prodotto – la logica tradizionale del corso di formazione – per acquisire invece una nuova idea della formazione come processo. Introdurre organicamente i media nel lavoro formativo [...] significa verificare quali siano i bisogni da cui si parte, fissare gli obiettivi da raggiungere e poi tradurli in azione organizzativa, valutando il processo in tempo reale” (Rivoltella & Marazzi, 2001, pp. 18-19). Il secondo settore, nell’epoca della globalizzazione, è sempre più caratterizzato da ambienti tecnologici attraverso cui: formare e formarsi (pensiamo al *web training*), confrontarsi e scambiare informazioni (ad esempio le videoconferenze), produrre beni e servizi (dai database di archivio dei clienti ai più sofisticati software di ingegneria informatica). E se da un lato l’utilizzo dei media e delle tecnologie da parte dei lavoratori è una pratica quotidiana o quantomeno abituale, dall’altro la formazione

aziendale si serve sempre più spesso di strumenti multimediali per valorizzare i propri contenuti e facilitare la condivisione delle conoscenze tra partecipanti ai corsi. In questo contesto l'educazione mediale può seguire due linee di intervento: "dal punto di vista strumentale, importare l'educazione mediale in azienda significa ripensare in termini multimediali il lavoro di formazione, dall'utilizzo del cinema e dell'audiovisivo fino all'implementazione di spazi *on line*; dal punto di vista tematico, invece, si tratterà di chiedersi se il lavoratore che si serve quotidianamente dei media e delle tecnologie non debba essere perciò stesso *media educated*, cioè consapevole dei loro linguaggi, delle strategie comunicative che portano in gioco, dei riflessi psico-sociali che producono" (Rivoltella, 2001a, pp. 106-107).

L'azienda, negli Stati occidentali, ha cambiato attualmente il suo volto, sia per quanto riguarda la struttura produttiva che la *mission*. La delocalizzazione e la flessibilità del mondo del lavoro sono i segnali di una trasformazione che ha portato alla crisi del prodotto "di massa" e all'orientamento aziendale verso i bisogni differenziati di ciascun consumatore, che deve essere individuato con le sue caratteristiche specifiche di *target*, dev'essere intercettato attraverso una comunicazione efficace, e dev'essere "assistito" (*customer care*) e infine affiliato. La comunicazione mediale diventa in questo contesto una funzione strategica della *mission* aziendale rivolta al cliente, con cui l'azienda intrattiene contatti attraverso le più varie forme (dai volantini cartacei alle newsletter, dal sito internet dedicato alle forme tradizionali di pubblicità veicolate dai mass media). Il ruolo dell'educazione mediale sarà, in questo caso, quello di "andare oltre il semplice addestramento tecnico per sviluppare nell'organizzazione una consapevolezza più profonda di cosa significhi operare all'interno di un *media climate* ottenendo quindi non soltanto degli operatori esperti, ma criticamente formati" (Rivoltella & Marazzi, 2001, pp. 110-111).

Ma la comunicazione mediatizzata non riguarda soltanto i rapporti tra l'azienda e il mondo esterno, ovvero tra l'azienda e il cliente, ma permea anche le dinamiche interne all'azienda stessa, i cui i lavoratori sono spesso in relazione tra loro attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, reperiscono in internet, o da database specifici, le informazioni di cui hanno bisogno, e poi le veicolano attraverso canali informatici per condividerle. L'educazione mediale all'interno di tali dinamiche potrebbe affrontare le seguenti questioni: "la significatività o rilevanza delle informazioni che si trovano in rete; la loro potenzialità comunicativa, la possibilità che si traducano in conoscenza strutturata" (Marazzi, 2001, p. 81). Si tratta di questioni che hanno a che fare con l'apprendimento nei nuovi ambienti virtuali e con la possibilità, da parte dei discenti, di partecipare alla co-costruzione del sapere attraverso una logica che sopra abbiamo chiamato socio-costruttivista. L'educatore mediale dovrà in questo caso predisporre ambienti *on line* per l'autoapprendimento assistito di chi lavora in azienda, assumendo il ruolo di "regista" che prepara il "set" per la formazione, coordinando le attività attraverso un'opera di tutoraggio, e realizzando un sistema formativo integrato che unisca le potenzialità comunicative dei media tradizionali (video, foto, animazioni, ecc...) con quelle dei nuovi media (interattività, condivisione, ecc...) (Rivoltella & Marazzi, 2001).

In sintesi, data la centralità dei media nella nostra cultura e il peso che essi esercitano sulle pratiche sociali e sui processi economici, nonché sulle modalità percettive e cognitive di organizzare le informazioni e le conoscenze apprese, l'educazione mediale acquista "un compito di (auto)aggiornamento costante che coinvolge l'individuo in ogni età della sua vita", assumendo "una prospettiva integrata capace di pensare i media come risorse globali per l'educazione, sia perché interpretabili e criticabili, sia perché utilizzabili come linguaggi per mezzo dei quali articolare la propria visione del mondo", e presentandosi dunque come "quel particolare ambito delle scienze dell'educazione e del lavoro educativo che consiste nel produrre riflessione e strategie operative in ordine ai media intesi come risorsa integrale per l'intervento formativo" (Rivoltella, 2001a, pp. 35-37).

1.3. Health promoting media literacy education

Tra i fattori ambientali che influenzano i comportamenti di salute delle persone vengono inclusi anche i messaggi diffusi dai media (Strasburger et. al., 2010; 2012). Ma i personaggi che popolano il piccolo e grande schermo, dai telefilm, alle opere cinematografiche, alla pubblicità, spesso adottano comportamenti a rischio per la salute, come mangiare cibi non sani, fumare, bere alcolici o praticare sesso non protetto, in contesti quotidiani e senza subire, quasi mai, conseguenze dannose derivanti da tali comportamenti, che invece si verificherebbero nella realtà (Signorelli, 1993). Di particolare interesse rispetto alla nostra ricerca è l'ambito della pubblicità di prodotti alimentari rivolti all'infanzia, poiché recenti ricerche hanno riscontrato che vi sia una relazione tra le rappresentazioni mediali del cibo (quasi sempre ad alto contenuto calorico) e le preferenze dei bambini in ambito nutrizionale (Livingstone & Helsper, 2004).

Per far fronte all'influenza dei messaggi mediali sulla salute, soprattutto delle giovani generazioni, importanti organismi a livello internazionale (Parlamento Europeo, 2007; American Academy of Pediatrics 1999; 2010), tra le strategie possibili – che comprendono anche campagne mediatiche sulla salute, o emanazione di leggi che regolamentino la pubblicità di prodotti non salutari (come ad esempio alcol, tabacco e "cibo spazzatura"), raccomandano in modo particolare l'educazione mediale, attraverso interventi rivolti a bambini e ragazzi, soprattutto in ambito scolastico, per favorire al contempo sia lo sviluppo di un atteggiamento critico nei confronti dei messaggi mediali sia l'adozione di comportamenti sani.

In ambito internazionale numerose ricerche hanno coniugato l'indagine sulla promozione della salute – investendo un ampio ventaglio di tematiche come il fumo di tabacco, l'assunzione di alcol, i disturbi alimentari, la sana nutrizione o la sessualità – con quella sull'educazione mediale, nei suoi approcci *critical* e *production*, dando corpo ad un nuovo settore di studi denominato *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008).

Il primo modello teorico integrato, che si propone di coniugare le teorie della promozione della salute con quelle dell'educazione mediale, è stato sviluppato da Bergsma e Ferris (2011), attraverso l'analisi dei framework maggiormente utilizzati nelle ricerche che si riferiscono all'ambito della *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008; Bergsma & Ferris, 2011). Secondo Bergsma e Ferris (2011), per quanto riguarda le teorie della promozione della salute, quelle maggiormente ricorrenti sono la *Teoria del comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986) e la *Teoria Socio-cognitiva* (Bandura, 1986). Dalla *Teoria del comportamento pianificato*, Bergsma e Ferris (2011) hanno tratto, per il loro modello teorico integrato, i costrutti relativi a: atteggiamenti, intenzioni di comportamento, credenze normative e autoefficacia. Mentre della *Teoria Socio-cognitiva* sono stati inclusi nel framework della *Health promoting media literacy education* i costrutti di: aspettative, autoefficacia, capacità di azione, rinforzo, apprendimento per osservazione e determinismo reciproco. Inoltre, sono stati inclusi anche quattro costrutti afferenti all'ambito dell'educazione mediale per la promozione della salute: l'empowerment, le conoscenze sulla salute e sui media (*knowledge about media and health issue*), l'abito mentale verso la ricerca (*habits of inquiry*), e l'abilità di analisi critica e di espressione (*critical analysis and expression skills*).

Tra le ricerche sul tema della sana alimentazione, ambito a cui fa riferimento il nostro studio, sono state approfondite quelle di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008), riguardanti lo sviluppo e la valutazione dell'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *production* per la promozione del consumo di frutta e verdura da parte di bambini.

1.3.1. L'influenza dei media sui comportamenti di salute e sull'alimentazione dei bambini

In ambito di salute, l'influenza dei media viene considerata come uno dei *fattori ambientali* che concorrono a determinare i comportamenti e ad orientare lo stile di vita delle persone (Signorelli, 1993; Brown & Walsh-Childers, 2002; Finnegan & Viswanath, 2008; Strasburger et al., 2010; Witchell & Sheeshka, 2011). E tra i prodotti veicolati dai media, di primaria importanza diventa la pubblicità, non solo perché, cambiando forma, trasmigra da un medium all'altro imponendosi come il più pervasivo tra i messaggi mediali, ma anche perché costituisce la fonte principale di sostentamento della maggior parte degli altri prodotti veicolati dai media (trasmissioni tv o radiofoniche sponsorizzate, siti internet sempre più densi di banner, film e telefilm in cui compaiono prodotti commercializzati) (Pavesi, 2001), senza contare la presenza di cartelloni pubblicitari e video in loop che hanno ormai modificato il paesaggio urbano del mondo occidentale (Codeluppi, 2001). In particolare, la pubblicità televisiva occupa un ruolo importante nella costruzione dell'identità culturale e nello sviluppo di concetti e modelli che contribuiscono alla formazione della memoria collettiva della popolazione, trasmettendo valori e suggerendo consumi che, attraverso i processi

comunicativi, influenzano anche le credenze sulla salute (Servillano & Sotomayor, 2012). Secondo Zucconi e Howell (2003, p. 126): “la pubblicità induce la desiderabilità di beni e servizi fornendo un impulso culturale positivo ad aspetti della vita quali il mangiare, fumare, bere ed altri stili di comportamento che influiscono sulla salute”. Pellai (2010) individua tre strategie, messe in atto soprattutto dalla pubblicità, ma non solo, e in modo pressoché costante, che riguardano i comportamenti a rischio: la desensibilizzazione (*desensitizing*), l’abbellimento (*glamourization*) e la normalizzazione (*normalizing*). La desensibilizzazione è il processo che porta le persone a non reagire emotivamente quando si trovano di fronte a uno stimolo o a un’immagine (es. una donna nuda in pubblicità trent’anni fa avrebbe suscitato una reazione emotiva nello spettatore, che oggi invece, vi rimane indifferente). L’abbellimento è un processo che crea nuovi e positivi significati per le cose, le azioni e i valori, che di solito vengono considerati dannosi e negativi, ponendo ad esempio situazioni a rischio, come il bere smodatamente o il sesso non protetto, in contesti glamour come feste o eventi popolari, con star cinematografiche o icone del piccolo schermo. La normalizzazione è infine il processo che porta a considerare come “nomali” cose che in realtà non lo sono, attraverso la loro rappresentazione in contesti quotidiani, che fanno sorgere nello spettatore la domanda: “tutti lo fanno, perché io non dovrei farlo?”. I personaggi che popolano il piccolo e grande schermo, dai telefilm, alle opere cinematografiche, alla pubblicità, adottano comportamenti a rischio per la salute, come mangiare cibi non sani, fumare, bere alcolici o praticare sesso non protetto, in contesti quotidiani e senza subire, quasi mai, conseguenze dannose derivanti da tali comportamenti, che invece si verificherebbero nella realtà (Signorelli, 1993; Brown & Whitherspoon, 2002).

Particolarmente significativa risulta ad esempio l’influenza della pubblicizzazione di prodotti nocivi per la salute, come ad esempio sigarette e bevande alcoliche, nei film e telefilm per giovani o adolescenti. Shadel e colleghi (2012) hanno condotto una ricerca sperimentale per verificare gli effetti dell’esposizione di adolescenti a scene di film con personaggi fumatori, sulle loro intenzioni di comportamento riguardo al fumo. 358 ragazzi e ragazze tra gli 11 e 14 anni sono stati divisi in quattro gruppi ed esposti a quattro scene di film diverse. Un gruppo ha visionato una scena in cui i personaggi fumavano per “facilitare l’interazione sociale”; il secondo gruppo è stato esposto ad un segmento di film in cui i personaggi fumavano “per rilassarsi”; il terzo gruppo ha assistito alla proiezione di una scena in cui i personaggi fumavano “senza un motivo esplicito”; l’ultimo gruppo, nella condizione di controllo, ha assistito ad una scena in cui gli stessi personaggi si trovavano in contesti simili alle scene viste dagli altri tre gruppi, ma non fumavano. Dalle analisi di questionari sulle intenzioni di comportamento, compilati dai ragazzi dei quattro gruppi in seguito alla visione, è emerso che i ragazzi esposti alle scene di film con personaggi fumatori hanno riportato maggiori intenzioni di fumare in futuro, e in particolare quelli che avevano assistito alla scena in cui i personaggi fumavano per “facilitare l’interazione sociale”. Primack e colleghi (2012) hanno invece svolto una ricerca longitudinale con 2049 adolescenti, di cui sono stati monitorati, in un arco temporale di sette anni, sia l’esposizione a film o telefilm con

personaggi fumatori sia il loro comportamento nei confronti del fumo di tabacco. Alla prima rilevazione, quando i partecipanti avevano tra gli 11 e i 14 anni, nessuno di essi aveva dichiarato di fumare, mentre sette anni più tardi, dalle analisi statistiche sull'associazione tra le due variabili indagate (esposizione ai messaggi mediali e comportamento), è emerso che i ragazzi diventati fumatori abituali, erano anche quelli che avevano cominciato a seguire i film o telefilm con personaggi fumatori dal periodo della prima rilevazione, e quindi in più giovane età, mentre chi era stato esposto agli stessi prodotti mediali negli anni successivi aveva subito un'influenza minore sul suo comportamento riguardo al fumare.

Un altro aspetto indagato riguarda le bevande alcoliche nei messaggi mediali, quasi sempre associate a caratteristiche che hanno un forte appeal negli adolescenti, come ad esempio, carisma, mascolinità, attrazione sessuale, romanticismo e avventura (Brown & Witherspoon, 2002). Tra gli esempi più recenti, possiamo citare la pubblicizzazione di una nota marca di birra nell'ultimo film della saga 007, *Skyfall* (Sam Mendes, 2012), campione di incassi nell'autunno cinematografico statunitense e italiano, in cui l'agente segreto più celebre al mondo per la sua eleganza e la sua intelligenza, si disseta con la bevanda alcolica. Interessante è inoltre notare come dopo cinquant'anni di pellicole in cui James Bond beve il famoso Martini "agitato e non mescolato", da quest'anno e fino al 2027 (tanto dura il contratto tra la casa cinematografica che detiene i diritti della saga e l'industria della birra che sponsorizza la pellicola), dovrà sfoggiare il suo sex appeal bevendo birra. Questo cambiamento nei comportamenti alimentari dell'eroe avviene, e forse non per caso, in concomitanza con il cambiamento di target del prodotto cinematografico "film di 007" che, con il massiccio uso di effetti speciali e un nuovo attore protagonista (dal 2006 è l'algido Daniel Craig), si rivolge principalmente ad un pubblico giovane e "nuovo", al quale è indirizzata anche la pubblicità televisiva della marca di birra in questione, e non più agli adulti appassionati da tempo della saga. Engels e colleghi (2009), per indagare l'influenza dei messaggi mediali sul consumo di alcol tra i giovani, hanno condotto una ricerca sperimentale con 80 ragazzi tra i 18 e i 29 anni, che, divisi in quattro gruppi, sono stati esposti a quattro diverse situazioni: un'ora di film con personaggi che bevevano alcol e con interruzioni pubblicitarie contenenti spot su bevande alcoliche; un'ora di film con personaggi che bevevano alcol e con interruzioni pubblicitarie contenenti spot generici (e mai su bevande alcoliche); un'ora di film senza personaggi che bevevano alcol e con interruzioni pubblicitarie contenenti spot su bevande alcoliche; un'ora di film senza personaggi che bevevano alcol e con interruzioni pubblicitarie contenenti spot generici (e mai su bevande alcoliche). I ragazzi sono stati esposti ai messaggi mediali in un setting dove avevano a disposizione delle bevande (birra, vino e bibite non alcoliche) da poter consumare durante e dopo la proiezione, e il loro comportamento è stato rilevato tramite protocolli di osservazione. Dai risultati emersi si evince che in generale, i ragazzi dei tre gruppi esposti ad immagini cinematografiche e/o pubblicitarie con personaggi che assumevano alcol, hanno bevuto una quantità di birra e vino superiore rispetto ai ragazzi del gruppo con messaggi mediali privi di immagini riferibili a bevande alcoliche, e, in particolare, gli appartenenti al gruppo che ha visto il film con personaggi che bevevano alcol e con

interruzioni pubblicitarie contenenti spot su bevande alcoliche, hanno riportato l'assunzione di una quantità di bevande alcoliche significativamente superiore rispetto a tutti gli altri gruppi.

Anche il sesso è un elemento spesso rappresentato nei prodotti mediali rivolti ai giovani, dai programmi televisivi alle riviste per adolescenti, dai film alle canzoni pop, dalle pubblicità ai video games (Strasburger et al., 2012). Una ricerca longitudinale di Bleakley e colleghi (2008) ha coinvolto 547 adolescenti tra i 14 e i 16 anni, di cui sono stati rilevati per 5 anni, tramite questionari, sia l'esposizione a messaggi mediali che riguardavano il sesso veicolati da diversi media (televisione, internet, cinema, radio, stampa), sia la loro attività sessuale dichiarata. Dalle analisi statistiche sull'associazione tra le due variabili indagate è emerso che gli adolescenti sessualmente attivi sono portati a cercare nei media i messaggi relativi al sesso e, più sono esposti a tali messaggi mediali, più la loro attività sessuale cresce. I rischi legati all'esposizione dei messaggi mediali sul sesso dipendono dal fatto che si tratta per lo più di rappresentazioni che semplificano l'atto sessuale in un momento di puro piacere e di affermazione personale, spesso senza dar conto delle necessarie precauzioni da prendere per non contrarre malattie veneree o andare incontro ad una gravidanza indesiderata (Chia & Lee, 2008).

Tra i target dei messaggi pubblicitari specificatamente televisivi, invece, attualmente ha acquistato un ruolo di particolare importanza la fascia d'età infantile, per tre ragioni principali: il maggior potere d'acquisto delle nuove generazioni rispetto alle generazioni precedenti, l'influenza che possono esercitare i bambini sugli acquisti dei genitori, e la loro "vulnerabilità cognitiva" ai messaggi persuasivi (Servillano & Sotomayor, 2012). I bambini infatti sono massicciamente esposti ai messaggi pubblicitari, soprattutto televisivi, molto prima di aver maturato le abilità cognitive per distinguerli come genere a sé stante (e non come parte costituente e integrante del programma televisivo all'interno del quale sono inseriti) e comprenderne e valutarne l'intento persuasivo. Varie ricerche in ambito statunitense (es. Kunkel, 2001) dimostrano che fino ai 5 anni, i bambini non riescono a distinguere la pubblicità all'interno del flusso di immagini televisive come prodotto con proprie caratteristiche distintive rispetto agli altri format, e anche quando cominciano ad individuarne le proprietà di genere, queste vengono identificate con la brevità e il divertimento, ma non ancora con la finalità commerciale del messaggio. Infatti, prima dei 7-8 anni i bambini sembra non percepiscano l'intento persuasivo delle pubblicità (considerandole principalmente soltanto dei prodotti allegri) (Strasburger, 2001) e anche se tra gli 8 e i 10 anni sono in grado di sviluppare l'abilità cognitiva per comprendere e valutare le finalità del marketing, non è scontato che la esercitino (Story & French, 2004). A sostegno di tale tesi vi è inoltre una dettagliata rassegna di studi (Livingstone & Helsper, 2004) che dimostra l'influenza dei messaggi pubblicitari televisivi riguardanti il cibo principalmente sui bambini dai 6 ai 12 anni, proprio a causa della loro difficoltà a percepirne gli intenti persuasivi.

Restando in tema di alimentazione, diverse ricerche in ambito sia statunitense (Harris & Bargh, 2009; American Academy of Pediatrics, 2011), sia europeo (Caraher, Landon & Dalmeny, 2006; Matthews, 2007), che italiano (Pira & Marrali, 2007; Eurispes &

Telefono Azzurro, 2009⁴⁸), svelano, da un lato, che la maggior parte dei messaggi pubblicitari televisivi rivolti all'infanzia ha come oggetto cibi con alta densità calorica (ricchi di grassi e zuccheri) e con scarso valore nutrizionale (generalmente definiti "cibi spazzatura"), e dall'altro che i bambini sono portati a prediligerli nelle loro scelte, proprio perché condizionati da tali messaggi.

Una delle strategie di marketing per 'colpire' i giovani consumatori è lo sviluppo e la costruzione del riconoscimento della marca, della sua preferenza e della sua fidelizzazione (Codeluppi, 2001). I pubblicitari ritengono che la predilezione per la marca nasca prima del comportamento d'acquisto, e una volta giunti nel punto vendita, i bambini, fin dai 24 mesi di vita, richiedono il prodotto ai genitori nominandone la marca (Story & French, 2004). Inoltre, intorno ai 3 anni, i bambini cominciano a pensare che la marca abbia il potere di comunicare il loro modo essere e la loro personalità, quasi sempre caratterizzati da simpatia, entusiasmo, ironia (Schor, 2004). Dai 3 anni in poi, il bambino è in grado di rispondere compiutamente alle tre componenti del messaggio pubblicitario: quella cognitiva (fornire le informazioni sul prodotto); affettiva (far reagire emotivamente il consumatore); comportamentale (far muovere il consumatore verso l'acquisto) (Landi, 2006b).

Per quanto riguarda il cibo, le preferenze alimentari, che portano le persone a scegliere determinati prodotti anziché altri, si sviluppano attraverso un processo di apprendimento (Birch & Fisher, 1998) e "i bambini imparano quali cibi a loro piacciono o non piacciono dall'esposizione a vari tipi di alimenti e dall'osservazione e la sperimentazione delle conseguenze e delle eventuali ricompense derivanti dal consumare quei cibi" (Harris & Bargh, 2009, p. 661). Il gusto è considerato uno tra i fattori determinanti le preferenze alimentari, e anche la valutazione dei sapori può essere acquisita tramite un processo di apprendimento (Birch, 1999), sul quale nella prima infanzia i genitori giocano un ruolo rilevante, che viene via via occupato dall'influenza dei media in età scolare (McGinnis et al., 2006). Ricerche sperimentali, come quella celebre condotta da Gorn e Golberg (1982), dimostrano che i bambini e gli adolescenti, esposti in condizioni diverse a messaggi pubblicitari televisivi, preferiscono (in termini di percezioni gustative e olfattive) i cibi di marche a cui sono stati esposti, e che quindi conoscono attraverso gli spot, rispetto a cibi di marche sconosciute o senza marca, come sostenuto anche da una ricerca di Robinson e colleghi (2007) sull'influenza della marca dei prodotti dei fast food sulle scelte alimentari dei bambini.

Gli spot rivolti ai bambini, compresi quelli sul cibo, oltre ad avere marche riconoscibili, sono caratterizzati da musiche orecchiabili, ambienti fantastici, personaggi affascinanti (spesso dei cartoni animati o dello star system nazionale e internazionale) e puntano a divertire il target e a stimolare in esso un'associazione tra il divertimento provato e il prodotto pubblicizzato (Matthews, 2007). Secondo Signorelli (1993), i personaggi della televisione sono felici quando mangiano (spesso snack o dolci), e il cibo non è quasi mai esplicitamente utilizzato per soddisfare la fame, ma piuttosto per scopi sociali ed emotivi, tanto che, nella quasi totalità dei casi, non vengono citate le

⁴⁸ La più recente ricerca di Eurispes e Telefono Azzurro riguardante i consumi mediiali dei bambini risale al 2009, quelle successive hanno avuto come partecipanti gli adolescenti.

caratteristiche nutrizionali degli alimenti rappresentati (Battle Horgen et al., 2001). Possiamo richiamare come esempi gli spot di snack, che puntano a proporre il prodotto quale veicolo per intraprendere nuove amicizie, o i cibi per la colazione (merendine e biscotti), che riescono a diffondere un buon umore destinato a persistere per tutta la giornata. Inoltre questi spot, che ritraggono per lo più bambini e genitori (reali o “acquisiti”), le cui relazioni sono prive di conflitti, contribuiscono all’affermazione nell’immaginario collettivo di “un modello di famiglia come gruppo di amici in cui è piacevole vivere, in cui si discute democraticamente e in cui tutti sono sereni e felici” (Cavalluzzi, 2008a, p. 29). Secondo Onorati (2006, p. 220), “il prevalente gradimento dei bambini verso spot destinati a famiglie sembra riposare su bisogni affettivi e relazionali, più che consumistici”. Quindi, in generale, “l’artificio costruito dalla pubblicità è che chi compra è felice, appartiene a un sogno, a una storia; in virtù di questa forza il simbolo non è più vissuto come merce, ma è ricco di molteplici significati identificatori” (Cavalluzzi, 2008b, p. 45). Secondo Felini (2008), infatti, è l’immaginario costruito attorno al prodotto ad essere in vendita, non il prodotto stesso, pertanto l’acquisto delle merendine è l’acquisto della felicità e di una “quotidianità straordinaria”.

Anche i personaggi vincenti e positivi dei film per bambini e adolescenti spesso si nutrono con “cibo spazzatura”. Una ricerca di Shuterland, MacKenzie, Purvis e Dalton (2010) riporta che nei 200 film per minori analizzati, prodotti a Hollywood e distribuiti a livello internazionale tra il 1996 e il 2005, compaiono 1180 volte marche commerciali di generi alimentari: il 76% delle marche di bevande riguarda bibite zuccherate, il 26% di quelle dei cibi riguarda caramelle, il 21% snack salati e il 33% prodotti da fast food. Inoltre, i personaggi utilizzati per le pubblicità degli snack hanno un fisico snello, sano e attraente, e portano lo spettatore a pensare di poter mangiare ciò che vuole senza correre il rischio di ingrassare o di contrarre malattie legate ad una cattiva alimentazione (Bar-on, 2000), poiché “per la pubblicità è più importante divertire il consumatore e renderlo felice, che fornire informazioni sulla salute” (Signorelli, 1993, pp. 153).

La prevalenza di messaggi pubblicitari sul “cibo spazzatura”, abbinata alla “pressione” mediatica verso la bellezza e la perfezione estetica, che è quasi sempre legata alla magrezza, crea inoltre, soprattutto allo sguardo delle bambine e delle ragazze, una “realtà distorta”, che influisce sull’insorgenza dei disturbi alimentari (Battle Horgen et al., 2001). Pellai (2004) parla a tal proposito di due diversi curricula formativi: uno “ufficiale”, proposto dalla scuola e dalle famiglie e finalizzato a far crescere le giovani generazioni perché diventino adulti realizzati e attivi nella propria comunità; uno “non ufficiale”, creato dal marketing per far diventare i minori degli adulti consumatori che siano attivi nel mercato globale. Questi due curricula spesso entrano in conflitto tra loro poiché, ad esempio, educatori e istituzioni promuovono lo sviluppo di abitudini nutrizionali sane per prevenire malattie come l’obesità o i disturbi alimentari, mentre i messaggi mediatici, da un lato, propongono il consumo di cibi molto calorici e, dall’altro, enfatizzano corpi estremamente esili, creando un forte disorientamento per quanto riguarda la formazione degli stili di vita dei giovani.

La pubblicità è, come abbiamo visto, il primo “genere” televisivo ad essere riconosciuto dai più piccoli e anche il più amato, perché è breve, si basa su stereotipi di facile e immediata comprensione, le forme narrative utilizzate sono semplici, il linguaggio tende ad essere ripetitivo ed enfatico, fatto di slogan facili da ricordare, e, diversamente da tutti gli altri programmi, viene mandato in onda molte volte e sempre uguale (Puggelli, 2002; Miletto & Bellotti, 2003). Secondo Landi (2006b, pp. 174-175), il bambino si sente gratificato dalla pubblicità perché: “impara a conoscere i nuovi prodotti lanciati sul mercato: nuovi giochi, nuove merendine, nuovi programmi TV; la pubblicità è per un bambino la forma di aggiornamento più immediata (non soltanto orienta il consumo, ma fornisce ai bambini una competenza linguistica e commerciale appropriata) [...]; resta affascinato dai bambini come lui che sono i testimoni del prodotto reclamizzato (trovando in loro referenti sui quali proiettare desideri e aspirazioni) [...]; unifica i contenuti dei programmi TV e degli spot (non c’è confine tra finzione e vita vera, tra storie di fantasia e brevi storie commerciali, tra personaggi che nutrono l’immaginario e merendine che nutrono il corpo. [...] le pubblicità ripropongono gadget, scenari e eroi delle fiction)”. Infatti, poiché in Italia la pubblicità rivolta ai bambini riguarda soprattutto dolci e giocattoli (Squillaci, 2004), una strategia efficace per poter vendere entrambi è l’integrazione dei due prodotti, che vede sempre più la presenza di gadget “regalati” con l’acquisto dei prodotti alimentari. E non è un caso che la maggior parte di questi gadget si proponga come giocattoli dei cartoni animati preferiti dai bambini, completando un circolo che parte dalla televisione, i cui personaggi si trasformano in oggetti, che possono essere ottenuti con l’acquisto di determinati cibi (Cavalluzzi, 2008b).

Un’altra strategia efficace per la pubblicità rivolta all’infanzia è la presenza di personaggi noti (attori, atleti, cantanti, conosciuti sempre dal piccolo schermo) che “induce nei bambini una valutazione positiva del prodotto anche quando ‘l’expertise’ del personaggio famoso che compare nello spot non ha niente a che vedere con il prodotto stesso” (Lemish, 1997). Si tratta del cosiddetto *effetto alone* “che consiste nel generalizzare la positività o la gradevolezza di una dote a tutto il personaggio o viceversa” (Squillaci, 2004, p. 36), e che porta ad apprezzare il dessert di un calciatore famoso e amato, anche se non c’è alcuna relazione tra la sua competenza sul campo da calcio e la sua competenza sul mondo alimentare.

Si può quindi ritenere che siano due gli effetti principali esercitati dai messaggi pubblicitari televisivi di cibi sui bambini: quello denominato “intenzionale”, ovvero far loro acquistare il prodotto, e quello “non intenzionale” che riguarda da un lato le misconcezioni relative ai valori nutrizionali degli alimenti e alle conseguenze del loro consumo sulla salute, e dall’altro, in senso sociologico, la creazione di nuove “tendenze” e di nuovi modelli di vita (Kunkel, 2001).

In breve, la prima influenza esercitata dalla pubblicità di cibi sul target infantile, come abbiamo visto, riguarda le preferenze alimentari (Strasburger et al., 2010; 2012), e le concezioni (Brown & Walsh-Childers, 2002), che poi indirettamente possono trasformarsi in acquisto, in base a vari fattori tra cui ha grande peso il potere persuasivo del bambino nei confronti delle decisioni genitoriali (*importance nagging*) (Eurispes &

Telefono Azzurro, 2009), e infine tradursi in consumo, anche se le ricerche in quest'ultimo ambito sono ancora esigue (Story & French, 2004).

Nel report della WHO e della FAO, *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, i fattori legati allo stile di vita, che hanno un'incidenza sull'alimentazione, vengono catalogati, in base alle evidenze scientifiche che sostengono o meno tale incidenza, secondo quattro livelli: "convincente", "probabile", "possibile" e "insufficiente". Per quanto riguarda la relazione causale diretta tra la pubblicità di alimenti ad alta densità calorica e l'obesità, non vi sono ancora abbastanza evidenze a favore della sua inequivocabilità, "tuttavia la consulta di esperti considera che esistano sufficienti prove indirette per giustificare la collocazione di questo fattore nella categoria delle cause 'probabili', e quindi di considerarlo un settore su cui intervenire" (WHO & FAO, 2003, p. 65).

A livello teorico, Battle Horgen, Choate e Brownell (2001, pp. 453-455) propongono un modello per illustrare il processo che conduce il prodotto alimentare dalla pubblicità televisiva "allo stomaco del bambino". Il punto di partenza è l'*esposizione* ai messaggi pubblicitari, durante la quale il bambino impara a conoscere i personaggi, le musiche e gli slogan dei break commerciali e ad associarli ai rispettivi prodotti pubblicizzati, soprattutto attraverso il riconoscimento della marca. Il modello prevede che tale esposizione (primo stadio) influenzi la formazione dell'*atteggiamento* nei confronti dei prodotti (secondo stadio), ma pone il *contesto* di fruizione dei messaggi pubblicitari, quale mediatore importante tra queste prime due fasi del processo. Gli autori specificano che, ad esempio, se il messaggio pubblicitario viene fruito in ambito scolastico durante la visione di un film mostrato in classe dall'insegnante, il bambino matura un atteggiamento maggiormente positivo verso il prodotto oggetto dello spot, rispetto all'atteggiamento che avrebbe maturato se fosse stato esposto al medesimo messaggio nel contesto casalingo. Altri mediatori, oltre agli insegnanti, sono i genitori e il gruppo dei pari, con le loro credenze e i loro comportamenti in relazione ai cibi pubblicizzati. Successivamente il bambino incontra il prodotto nel "mondo reale" e viene nuovamente esposto alla marca e all'immagine del prodotto stesso attraverso il packaging. A questo punto avviene il *riconoscimento* del prodotto, che richiama sia le sue caratteristiche, imparate dagli spot, sia l'atteggiamento maturato nei suoi confronti. Il riconoscimento del prodotto al punto vendita ne aumenta la *desiderabilità*, che attiva la richiesta ai genitori oppure l'acquisto diretto, e infine il consumo. Battle Horgen, Choate e Brownell (2001) concludono osservando che tale meccanismo contribuisce alla formazione di uno stile di vita basato sull'acquisto dei cibi pubblicizzati. Ciò comporta l'aumento dell'assunzione calorica quotidiana, dato che la maggior parte dei prodotti alimentari pubblicizzati sono "cibo spazzatura", e quindi una maggior probabilità di diventare obesi.

Seppure le preferenze alimentari dei bambini e i loro consumi si sviluppino in un contesto culturale ampio, che non comprende solo i messaggi mediali, ma è influenzato anche, ad esempio, dalla situazione socioeconomica della famiglia, dalle tradizioni religiose e dalla possibilità di praticare movimento fisico durante la giornata (Young, 2003), recenti ricerche mettono in evidenza come le pubblicità di "cibo spazzatura"

possano essere considerate uno tra i fattori che favoriscono l'insorgere dell'obesità infantile (Powell et al., 2007; Hinkle & Kunkel, 2010; Mink et al., 2010; Zimmerman & Bell, 2010; Mink, 2011; Boulos et al., 2012; Pettigrew et al., 2012). Jenvey (2007) individua due principali spiegazioni che giustificerebbero il legame tra fruizione televisiva e obesità nei bambini dai 3 ai 6 anni: da un lato il tempo impiegato a guardare la televisione viene ipoteticamente sottratto all'attività fisica, con una conseguente riduzione del dispendio energetico rispetto alla quantità di calorie assunte, e dall'altro il fatto che i bambini di questa età sono particolarmente suscettibili agli intenti persuasivi delle pubblicità di cibo "spazzatura", che, secondo un'indagine effettuata da Powell e colleghi (2007), è quasi completamente privo di qualità nutritive. Quindi "la sedentarietà combinata con l'appeal degli spot sul 'cibo spazzatura', che vengono trasmessi spesso durante i programmi per bambini e influenzano le loro preferenze alimentari, predispongono i piccoli spettatori all'obesità precoce" (Jenvey, 2007, p. 809).

Mink e colleghi (2010) hanno condotto uno studio sulla comparazione tra le proposte alimentari veicolate dalla pubblicità negli Stati Uniti e le raccomandazioni istituzionali per una dieta sana, riscontrando come "i cibi presenti negli spot siano caratterizzati da un eccesso di nutrienti associati a patologie croniche, tra cui l'obesità, come ad esempio i grassi saturi, il colesterolo e il sodio, e da una scarsa presenza in essi di nutrienti che possano invece proteggere dalle malattie, come ad esempio le fibre, le vitamine A, E e D, il calcio e il potassio" (Mink et al., 2010, p. 908). La massiccia presenza di cibi pubblicizzati con aspetti e nomi diversi, ma con le medesime caratteristiche nutrizionali, secondo Mink (2011) stabilisce di fatto la proposta di un vero e proprio regime alimentare che contraddice le linee guida per una sana alimentazione, favorendo squilibri nutrizionali che possono portare a patologie come l'obesità. Ipotesi che trova conferma, ad esempio, in una ricerca longitudinale di Zimmerman e Bell (2010), condotta dal 1997 al 2002 con bambini da 0 a 6 anni, i quali hanno riscontrato una significativa associazione tra contenuti dei messaggi mediali riguardanti il cibo consumato dai piccoli partecipanti e il loro indice di massa corporea. Boulos e colleghi (2012) infine, sottolineano come, soprattutto in anni recenti, non sia solo la pubblicità di cibi ad alto contenuto calorico a contribuire indirettamente alla crescita del fenomeno dell'obesità, ma anche trasmissioni televisive, basate per lo più sul format del *reality*, che rappresentano il cucinare, il nutrirsi e il perdere peso come "intrattenimento". In questi programmi "il dimagrimento è un gioco o una gara, dove non vengono prese in considerazione le conseguenze sulla salute o la complessità del problema, [...] la preparazione dei cibi per i pasti è presentata come uno spettacolo e non come un'importante *life skill* che impatta sulla qualità della dieta alimentare, [...] l'informazione veicolata dai media inoltre può influenzare la percezione sociale dell'epidemia dell'obesità, enfatizzando il ruolo dell'individuo senza tener conto dei fattori ambientali" (Boulos et al., 2012, p. 149).

Per contrastare gli effetti dei messaggi mediali che promuovono comportamenti non sani sulla formazione degli stili di vita delle persone si possono attuare diverse strategie (Brown & Witherspoon, 2002): campagne di promozione della salute attraverso i mass

media (Storey et al., 2008; Wellings & Macdowall, 2000) o la comunicazione via web (Lockyer et al., 1999), provvedimenti legislativi che regolano i contenuti e il flusso delle pubblicità rivolte ai minori (Hingle & Kunkel, 2010), sensibilizzazione delle case di produzione televisive verso programmi di “edutainment” (Strasburger, 2008), interventi di educazione mediale rivolti all’infanzia e all’adolescenza (American Academy of Pediatrics, 2006; Bergsma & Carney, 2008). Le campagne di promozione della salute che vengono diffuse attraverso i media hanno riportato, in Europa e negli Stati Uniti, incoraggianti risultati in termini di maggiori conoscenze in merito ai temi di salute e conseguenti cambiamenti di comportamento sia quando hanno come target l’intera popolazione (Snyder, 2007; Andrei et al., 2010; Wakefield et al., 2010), sia quando sono rivolti ai bambini e alle loro famiglie (Rosen et al., 2010) oppure esclusivamente agli adolescenti (Mauriello et al., 2010) o agli adulti (Miles et al., 2001; Carducci et al., 2011). Su questo fronte s’impone però lo scoglio dell’esiguità degli investimenti pubblici per sponsorizzare “stili di vita salutari” in confronto al budget che le aziende private mettono a disposizione per la promozione dei loro prodotti “non salutari”, dai cibi spazzatura, agli alcolici, al tabacco (Matthews, 2007). Per fronteggiare questa situazione i governi, soprattutto europei, si sono dotati di codici di regolamentazione per esercitare un controllo sulla qualità e quantità degli spot televisivi destinati all’infanzia o mandati in onda in fasce orarie considerate “protette”, che tuttavia non sono sempre rispettati dalle emittenti (Caraher et al., 2006). Il potere delle immagini medialità può avere però, per contro, anche effetti positivi, qualora i messaggi veicolati siano a favore di uno stile di vita salutare (Bar-on, 2000). Strasburger (2008), cita ad esempio due telefilm americani, distribuiti anche in Italia, come *ER* e *Friends*, i cui personaggi sono consapevoli dei rischi del sesso non protetto, e adottano comportamenti sani per prevenire conseguenze dannose sia a livello individuale (es. malattie veneree), sia a livello sociale (es. fenomeno delle gravidanze precoci). Ma se da un lato, questi programmi, molto amati dai giovani, costituiscono un mezzo efficace di “edu-intrattenimento”, dall’altro, si scontrano con messaggi medialità opposti, che incitano, in generale e soprattutto gli adolescenti, ad adottare comportamenti trasgressivi e a rischio per la salute, come il sesso non protetto, l’eccessiva assunzione di alcol, il fumo di tabacco, il consumo di cibo spazzatura, la ricerca di un corpo sempre più filiforme (Strasburger et al., 2012). Maggiormente percorribile può risultare invece la strada dell’educazione mediale, che può in primis stimolare nei bambini e nei ragazzi un pensiero critico riguardo ad esempio agli intenti persuasivi del marketing, ma anche portarli ad essere essi stessi dei produttori di messaggi medialità educativamente orientati, da mettere a disposizione degli stakeholders, o da distribuire nei circuiti scolastici, trovando un’alternativa all’onerosa diffusione via etere (Buckingham, 2000).

1.3.2. L’Educazione mediale per la promozione della salute: un nuovo campo di ricerca

In ambito internazionale, il settore di studi che coniuga l’indagine sulla promozione della salute, intesa in senso ampio, con quella sull’educazione mediale, è denominata

Health promoting media literacy education (Bergsma & Carney, 2008) e si fonda sull'urgenza di trovare una soluzione per affrontare l'influenza che i messaggi mediatici esercitano sullo stile di vita, soprattutto delle giovani generazioni, favorendo nel contempo comportamenti sani (Yates, 1999).

Da una prospettiva educativa il problema dell'influenza di tali messaggi può essere risolto attraverso le cosiddette "diete mediatiche", ovvero riducendo il tempo di esposizione dei bambini e ragazzi ai messaggi veicolati soprattutto dalla televisione (Anderson & Hanson, 2009), tuttavia, importanti organismi, come il Parlamento Europeo (2007) e l'American Academy of Pediatrics (1999; 2010) raccomandano l'educazione mediale come strategia per la promozione di uno stile di vita sano per bambini e adolescenti. L'orientamento alla "dieta mediale" ricorda infatti l'antico approccio *inoculatorio* (Masterman, 1994) e il meccanismo della censura (Heins & Cho, 2003), che risultano ormai superati, in favore di un'educazione che renda le persone in grado di: "limitare da sole il proprio uso dei media; realizzare una selezione positiva dei contenuti dei media; sviluppare il pensiero critico; comprendere le implicazioni politiche, sociali, economiche ed emotive dei diversi messaggi mediatici" (Academy of Pediatrics, 2010, p. 1013). In questa prospettiva, Pellai (2004, p. 3) considera l'educazione mediale "uno strumento rivoluzionario nelle mani degli educatori per aiutare gli adolescenti a muoversi in modo sicuro e con consapevolezza in un mondo saturato dai media. L'educazione mediale porta infatti consapevolezza e abilità di analisi critica laddove la maggior parte delle operazioni mentali implicate sono mosse da processi emotivi. Avere il controllo anziché essere controllati: questo è uno degli obiettivi fondamentali dei processi di educazione mediale nel terzo millennio". Studi con disegno quasi-sperimentale, hanno riportato un aumento delle capacità di analisi critica dei messaggi mediatici da parte di bambini e adolescenti, in seguito ad interventi di educazione mediale svolti in classe (McCannon, 2009). Hobbs (2004), ad esempio, ha condotto una ricerca con 293 alunni di scuola primaria, che hanno partecipato ad un progetto sull'analisi delle finalità, delle tecniche, del target e delle strategie persuasive dei messaggi pubblicitari della carta stampata e della televisione. A conclusione dell'esperienza, che si è svolta in classe, i bambini partecipanti all'intervento rispetto ai bambini del gruppo di controllo, hanno ottenuto un aumento di punteggio statisticamente significativo in relazione alle variabili: conoscenze dei processi di pre-produzione dei messaggi pubblicitari, abilità di analisi di manifesti pubblicitari, e capacità di identificare sia il target, sia le tecniche persuasive e il sottotesto implicito nel messaggio. Caronia (2009) ha invece condotto una ricerca su un intervento di educazione mediale per bambini tra i 3 e gli 8 anni, basato sull'esperienza della visione condivisa di programmi televisivi in ambito scolastico e sulle discussioni e interazioni tra alunni, in seguito alla visione. Al termine del progetto, che ha previsto più sessioni di "visioni condivise", i bambini partecipanti, attraverso le interazioni e le discussioni sui programmi visti, hanno raggiunto una maggior consapevolezza riguardo a come sono realizzati e a come si presentano i testi mediatici veicolati dalla televisione (Caronia, 2009). Mentre Hundley (2004) ha realizzato uno studio etnografico in una classe di bambini di 9 anni che hanno partecipato ad un intervento di educazione mediale, con approccio *production*, sulle

pubblicità televisive. Il ricercatore ha osservato il comportamento dei bambini durante l'intervento, riscontrando una grande partecipazione anche durante la fase *critical*, in cui sono stati visionati e analizzati messaggi pubblicitari a loro noti, che hanno portato i partecipanti ad acquisire nuove conoscenze e una maggior consapevolezza in merito alle strategie sottostanti gli spot televisivi. Livingstone e Helsper (2004; 2006), passando in rassegna una serie di ricerche riguardanti gli effetti della pubblicità di cibi sulle percezioni e sui comportamenti dei bambini tra 6 e 12 anni, hanno riscontrato come le maggiori variabili che possono mediare tali effetti sono la rilevanza che hanno per i bambini gli argomenti trattati dalle pubblicità e il loro livello di alfabetizzazione mediale, concludendo che, da un lato, tanto più alto è l'interesse per il prodotto pubblicizzato, tanto più il messaggio avrà effetti persuasivi sui bambini, ma allo stesso tempo, tanto più i piccoli fruitori saranno consapevoli delle finalità di tali messaggi, tanto meno saranno disposti a farsi influenzare da essi.

L'educazione mediale si configura come un approccio dagli sviluppi promettenti nell'ambito della promozione della salute, oltre che per i suoi specifici obiettivi formativi riguardanti l'accrescimento dello spirito critico nell'interpretazione dei messaggi mediali, anche per sue caratteristiche metodologiche, che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi degli interventi finalizzati allo sviluppo di corretti stili di vita da parte soprattutto delle giovani generazioni (Livingstone & Helsper, 2004; Mendoza, 2007; Rosenbaum, 2008; Harris & Bargh, 2009; Primack, Fine et al., 2009; Martens, 2010). Pellai (2010), ad esempio, evidenzia come spesso le persone conoscano i rischi dei comportamenti non salutari, ma non traducano queste conoscenze in azioni; pertanto è necessario adottare un approccio che non si fondi soltanto sulla trasmissione di contenuti ma anche sullo sviluppo di capacità, ossia un approccio di "life skills-based health education". Questo approccio "punta a creare o mantenere stili di vita sani attraverso lo sviluppo di conoscenze, atteggiamenti e abilità particolari, utilizzando una varietà di esperienze di apprendimento, con una particolare attenzione ai metodi partecipativi" (Pellai, 2010, p. 3). Anche Pietrantonì (2001) pone in evidenza come le metodologie partecipative, dal lavoro di gruppo al gioco di ruolo, siano particolarmente adeguate per gli interventi di promozione della salute: "i programmi più efficaci sono quelli composti da almeno tre o quattro sessioni, orientati all'acquisizione di abilità e non solo all'erogazione di informazioni, basati su tecniche interattive-esperienziali, e adattati al livello evolutivo del target" (Pietrantonì, 2001, p. 106).

Come abbiamo visto, la WHO (1993) considera, in generale, l'acquisizione delle *life skills* un processo importante per la promozione della salute delle giovani generazioni in quanto favoriscono l'autonomia decisionale del soggetto riguardo ai suoi comportamenti. E, secondo Pellai (2010, p. 4), "il fondamento della *life skills-based health education* è perfettamente sovrapponibile con quello dell'educazione mediale, come sono simili le strategie usate da entrambi gli approcci per raggiungere gli obiettivi educativi. Sia l'educazione mediale che l'educazione alla salute si avvalgono di metodi di insegnamento partecipativi per costruire abilità e influire sugli atteggiamenti degli studenti, includendo: discussioni in classe, brainstorming, giochi di ruolo, lavori di

gruppo, giochi e simulazioni, story telling, dibattiti, pratica di life skills in particolari contesti con altri studenti, attività creative (video, teatro, musica, danza) [...]”.

L’educazione mediale, come abbiamo visto, favorisce inoltre l’apprendimento collaborativo che, secondo Lopez (2004), aiuta a formare ed esplicitare credenze complesse sui temi di salute (considerate determinanti nel cambiamento di comportamento), poiché bambini e ragazzi, mentre elaborano i messaggi mediali da produrre, sono portati ad esporre il proprio punto di vista, argomentandolo per ottenere l’appoggio dei compagni, i quali, come gruppo di lavoro durante le attività, aiutano a sostenere lo sforzo mentale per la costruzione del ragionamento. Tale processo risulta particolarmente significativo nell’ambito della promozione della salute poiché “gli individui che possiedono credenze poco complesse possono essere, ad esempio, facilmente condizionati dai messaggi pubblicitari che inducono ad assumere comportamenti che possono mettere a rischio la salute, mentre coloro che hanno un sistema di credenze più avanzato manifestano un atteggiamento critico, sono pronti, cioè, a valutare e a mettere in discussione quanto viene proposto dai mass media” (Lopez, 2004, p. 52).

Favorendo, attraverso i metodi partecipativi e collaborativi, l’apprendimento situato, l’educazione mediale si configura inoltre come una soluzione efficace per affrontare quel gap tra “pensiero” (conoscenza e concezioni) e “azione” (comportamento), che è necessario colmare perché l’intervento di educazione a uno stile di vita sano risulti efficace (Petrillo & Caso, 2008; Pieter et al., 2010). In questa prospettiva, secondo Felini (2004, p. 203): “possiamo leggere quei progetti di educazione alla salute che prevedono la realizzazione di video o di campagne pubblicitarie contro la droga, l’alcol o il fumo, come un fecondo congiungimento delle diverse anime sia dell’educazione alla salute che della media education, perché coniugano, da una parte, la trasmissione di contenuti di informazione sanitaria e la promozione di comportamenti atti a estinguere le pratiche distruttive del sé e, sull’altro versante, il lavoro di analisi dei media e le dinamiche collaborative attivate dalla creazione mediale che esaltano la partecipazione ed il protagonismo dei ragazzi”.

Inoltre, la maggior parte degli interventi di promozione della salute rivolti a bambini e adolescenti, vengono realizzati in contesto formale, poiché la scuola è il luogo in cui i soggetti, sin dall’età infantile, sviluppano la propria personalità, attraverso l’acquisizione di conoscenze, la sperimentazione di nuove e diverse relazioni, la costruzione del proprio universo di valori (Pellai & Marzorati, 2001; Ghedin 2004; Dovigo, 2009; Strasburger, 2012). E l’educazione mediale è particolarmente adottabile all’interno del contesto scolastico grazie alla sua natura “flessibile” e “trasversale”, tramite cui è possibile affrontare argomenti curricolari o extracurricolari (Ardizzone & Rivoltella, 2008), da un lato, mantenendo la “piacevolezza” per i ragazzi insita nell’apprendere attraverso i media (Alvermann & Hagood, 2000) e, dall’altro, collegando l’apprendimento formale con l’apprendimento informale (Eshach, 2007; Sefton-Green, 2004), che le giovani generazioni intraprendono affidandosi all’uso dei media. Lo stesso Ministero italiano dell’Istruzione, Università e Ricerca, invita, attraverso le *Linee guida per l’educazione alimentare nella scuola* (MIUR, 2011), ad

avvalersi delle nuove tecnologie e dei media per le attività che coinvolgono gli alunni sui temi della nutrizione, per favorirne il coinvolgimento e l'interesse attraverso metodologie innovative.

Kubey (2005) considera particolarmente efficaci gli interventi di educazione mediale per la promozione della salute rivolti agli studenti di scuola, nel suo caso secondaria inferiore, e che adottano l'approccio *production* per la realizzazione di bevi videotape su comportamenti sani, da diffondere successivamente nelle tv nazionali. Molti sono, secondo l'autore, i vantaggi di tali interventi: "agli alunni viene data la responsabilità di produrre messaggi di salute per i loro pari in prima istanza e per la comunità in generale [...]; rispetto ad un report scritto che solo l'insegnante può vedere, la realizzazione del videotape motiva gli alunni ad un'accurata ricerca sull'argomento da trattare per poterlo poi trasformare in un'efficace messaggio mediale; [...] gli alunni imparano abilità organizzative, di ricerca, di scrittura, di montaggio e di produzione in generale; [...]; altri alunni saranno più motivati a prestare attenzione e ad imparare dai messaggi realizzati da loro coetanei piuttosto che dai servizi pubblici; [...] questi progetti di educazione mediale per la salute rendono gli alunni *vivi* e fanno assumere alle attività scolastiche una rilevanza maggiore" (Kubey, 2005, p. 4). Anche Keller e Brown (2002) suggeriscono che lo sviluppare le abilità per una corretta fruizione dei media partecipando ad attività di produzione mediale "non solo migliora la comprensione delle storie (comprese, ad esempio, quelle riguardanti il sesso) raccontate dai media, ma porta a cambiamenti personali, come l'aumento dell'autostima (per esempio la capacità di dire "no" al sesso), l'assunzione di responsabilità della propria vita e di quella altrui (per esempio praticando sesso sicuro) e la condivisione di esperienze con gli altri (per esempio negoziando l'uso del preservativo)" (Keller & Brown, 2002, p. 69). Merskin (2004), riferendosi ancora all'ambito dell'educazione sessuale, mette in evidenza come le immagini mediali, soprattutto quelle relative alle pubblicità di abbigliamento intimo per adolescenti, rappresentino in modo implicito un desiderio di sessualità precoce quale elemento di affermazione personale e benessere. L'educazione mediale in questa prospettiva, secondo la ricercatrice, dovrebbe portare, soprattutto le ragazze, ad una "disillusione delle immagini veicolate dalle pubblicità" (Merskin, 2004, p. 123). L'intervento dovrebbe partire da una selezione di campagne di comunicazione, proporre una loro descrizione prima e "decostruzione" negli elementi comunicativi poi, comprendendo anche l'individuazione dei miti veicolati dai messaggi mediali presi in esame. Successivamente le ragazze dovrebbero essere invitate a produrre campagne di contro-comunicazione che rappresentino la donna "alla moda" non come un oggetto sessuale, dando loro la possibilità di diffondere successivamente i messaggi mediali creati.

Secondo Hobbs, Broader, Pope e Rowe (2006) si dovrebbero sviluppare interventi di *critical media literacy* per le studentesse dai 9 ai 17 anni, al fine di chiarificare e rinforzare le loro concezioni relative ai temi della sana alimentazione, attraverso l'acquisizione di capacità di analisi critica dei messaggi pubblicitari sulla perdita del peso (*weight-loss*). L'evidenza di tale necessità deriva da uno studio qualitativo condotto con 42 ragazze che sono state intervistate sulla loro interpretazione di varie

pubblicità (televisive e a stampa) che invitavano a perdere peso, dalle quali si è evinta la loro scarsa capacità riconoscere gli intenti persuasivi dei messaggi, le tecniche usate per accrescere il loro 'appeal' e la desiderabilità di un corpo più magro, le dinamiche emotive attivate per portare il target ad adottare determinati comportamenti (Hobbs et al., 2006). Adottando la stessa prospettiva, Brown (2006, p. 459) sostiene che, "aumentando la consapevolezza riguardo a come vengono confezionati i messaggi mediiali, gli adolescenti diventano più critici su ciò che vedono e sentono e saranno meno disposti ad intraprendere i comportamenti non sani promossi dai media".

Rich (2004) propone un'ulteriore prospettiva, che nell'ambito della promozione della salute si aggiunge agli approcci *critical* e *production* dell'educazione mediale: il *video intervention assessment* (VIA). Tale approccio, che non approfondiremo in questa sede, poiché al momento, pertiene esclusivamente all'ambito clinico, prevede che i medici forniscano a giovani pazienti (bambini e adolescenti affetti da patologie croniche) una video camera e chiedano loro di filmarsi durante la propria vita giorno per giorno, creando una sorta di narrazione per immagini. Tali filmati dovrebbero quindi, da un lato, fornire al medico curante indicazioni utili sull'esperienza quotidiana dei pazienti e sulle loro reali necessità in relazione alla gestione della propria patologia e, dall'altro, aiutare i giovani malati ad acquisire una maggior consapevolezza sul proprio stato e sulla capacità di comunicare la propria storia.

Nello specifico, le ricerche che si collocano nell'ambito della *Health promoting media literacy education*⁴⁹ indagano un ampio spettro di tematiche, quali: assunzione di alcool (Austin & Johnson, 1995; 1997a; 1997b; Austin et al., 2006; 2007; Kupersmidt, 2010); uso di tabacco (Croghan et al., 2004; Gonzales et al., 2004; Primack et al., 2006; Banerjee & Greene, 2006; 2007; Pinkleton et al., 2007; Primack & Hobbs, 2009; Primack, Fine et al., 2009; Primack, Sidani et al., 2009; Kupersmidt, 2010; Bier et al., 2011); disordini alimentari (Neumark-Sztainer et al., 2000; Irving & Berel, 2001; Kater et al. 2002; Wade, et al. 2003; Fuller et al., 2004; Watson & Vaughn, 2006; Wilksch et al., 2006); promozione di una nutrizione sana (Hindin et al., 2004; Kafatos et al., 2004; Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008; Harris e Bargh, 2009); fino ad argomenti più specifici come la sessualità (Cicognani et al., 1997; Pinkleton et al., 2008; Pinkleton et al., 2012) e la violenza (Moore et al., 2000; Scharrer, 2009). Gli studi di quest'ambito perseguono principalmente due finalità: indagare l'incidenza delle competenze mediiali dei soggetti (riconducibili fondamentalmente alla capacità di analisi critica dei messaggi mediiali, alle conoscenze riguardo alla costruzione di messaggi mediiali, e all'abilità di espressione) sulle variabili ritenute significative per i comportamenti di salute, e valutare l'efficacia di interventi di educazione mediale per la promozione di sani stili di vita (Rosenbaum et al., 2008).

In relazione alla possibile incidenza dell'educazione mediale su talune variabili predittive per i comportamenti di salute, ad esempio, Austin, Chen e Grube (2006) hanno condotto uno studio sul ruolo della desiderabilità sociale (*desiderability*),

⁴⁹ Tali ricerche peraltro sono frequentemente citate nelle principali rassegne sull'argomento: Livingstone & Helsper (2004); Mendoza (2007); Bergsma & Carney (2008); Rosenbaum et alii. (2008); Martens (2010); Academy of Pediatrics (2010); Jeong et alii. (2012).

dell'identificazione (*identification*) e dello scetticismo (*skepticism*) in relazione all'influenza delle pubblicità di bevande alcoliche sul comportamento alimentare dei minorenni. Dall'analisi dei dati sia quantitativi (questionari), sia qualitativi (interviste) su 652 partecipanti tra i 9 e 17 anni, è risultato che lo scetticismo, definito come “uno stato cognitivo d'incredulità che stimola un processo riflessivo più profondo e una maggiore ricerca di informazioni” (Austin et al., 2007, p. 485), è negativamente correlato ad un atteggiamento positivo verso i messaggi pubblicitari e che l'educazione mediale, favorendo lo sviluppo del pensiero critico e della consapevolezza in merito agli scopi persuasivi e alle modalità comunicative di tali messaggi, può essere proposta quale efficace strategia per la prevenzione dell'abuso di alcol.

Primack, Gold, Land e Fine (2006), hanno dimostrato che gli adolescenti partecipanti a una loro ricerca (1211 studenti tra i 14 e i 18 anni) con un più alto punteggio di SML (*Smoking media literacy scale*), ovvero maggiormente “alfabetizzati” rispetto ad una corretta fruizione dei messaggi mediali relativi al fumo di tabacco, sono quelli che desiderano smettere di fumare e che hanno una minor predisposizione (*susceptibility*) verso il fumare. Gli autori inoltre hanno rilevato che il livello di alfabetizzazione mediale degli adolescenti è correlato al loro comportamento e alla loro predisposizione verso il fumo di tabacco con valori simili alla correlazione di altre variabili tradizionalmente ritenute importanti predittori del fumare: gli amici fumatori, il sentimento di ribellione e la ricerca di forti emozioni. L'educazione mediale risulta in questo caso una valida strategia di prevenzione per il fumo poiché “è pratica da insegnare, a differenza degli altri fattori come la ribellione e la ricerca di forti emozioni” (Primack et. al., 2006, p. 470). Questi risultati sono stati confermati anche da uno studio successivo di Primack, Sidani, Carroll e Fine (2009) su 657 studenti di college, che hanno risposto ad un questionario sul loro livello di alfabetizzazione mediale specificatamente riguardo al fumo (per cui è stata utilizzata una SML con un maggior numero di item rispetto a quella usata nello studio di Primack et al., 2006) e sul loro comportamento verso il fumo di tabacco. Anche in questo caso gli studenti con un più alto punteggio di alfabetizzazione mediale risultano essere quelli che riportano un punteggio più basso rispetto al loro comportamento verso il fumare (misurato in termini di frequenza relativamente all'uso di tabacco nei 30 giorni precedenti alla rilevazione). Primack e Hobbs (2009) hanno indagato inoltre, con 1525 studenti tra i 14 e 18 anni, quali aspetti dell'educazione mediale hanno una maggior incidenza in relazione al fumare tabacco. Dalle analisi è risultato che la maggior parte degli aspetti dell'educazione mediale presi in considerazione per la ricerca (capacità di analisi critica, concezioni sui messaggi mediali relativi al fumo di tabacco, conoscenze relative alle industrie del tabacco, concezioni in merito all'influenza dei media, ecc...) sono significativamente correlati alla ridotta predisposizione verso il fumare, ed in particolare, la quasi totalità di essi riguarda l'ambito del rapporto tra la realtà e la sua rappresentazione mediale.

Harris e Bargh (2009) hanno condotto una ricerca con 191 studenti di college per indagare l'influenza dell'esposizione ai messaggi televisivi in relazione alle preferenze e alle diete alimentari dei giovani, con il fine di individuare quali soluzioni si potessero

adottare per limitare tale influenza. Dai risultati è emerso che un intervento efficace dovrebbe vertere su quattro componenti: l'educazione ad una sana alimentazione; la mediazione dei genitori per la comprensione dei messaggi televisivi; l'educazione mediale; la riduzione dell'esposizione ai messaggi mediali su comportamenti non sani. In particolare, gli autori, parlano di "nutrition media literacy" (Harris & Bargh, 2009, p. 671), indicando come promettenti, in particolar modo per gli alunni della scuola primaria, quegli interventi di educazione mediale sulla sana alimentazione, che coinvolgano anche i genitori, in quanto dalla ricerca emerge l'importanza del loro ruolo riguardo sia alla nutrizione dei figli sia alla possibilità di influire sullo sviluppo di un loro pensiero critico sui messaggi mediali, discutendone con loro.

Rispetto invece agli interventi di educazione mediale per la promozione della salute, le ricerche mirano a non solo a "dimostrare che l'educazione mediale è legata a risultati di salute, ma anche a sviluppare efficaci curriculum che possano facilmente essere svolti in vari contesti" (Brown, 2006, p. 459). Queste ricerche, condotte con soggetti diversi (bambini, adolescenti, genitori) e con strumenti diversi (quantitativi e qualitativi), mostrano l'incidenza dell'educazione mediale nel modificare conoscenze, atteggiamenti e comportamento dei soggetti coinvolti nei confronti della salute, anche se non sempre le modifiche avvengono in modo repentino (Scharrer, 2002).

Nell'ambito degli studi sulla prevenzione dell'abuso di alcol, Austin e Johnson (1995; 1997b) hanno studiato l'incidenza di un intervento di educazione mediale con approccio *critical* rivolto a 246 bambini di 8 e 9 anni, in relazione sia alle loro percezioni sulle norme sociali relative all'alcol e sull'immagine dell'alcol nella pubblicità, sia alle loro aspettative e intenzioni di comportamento verso il bere alcolici. La ricerca, con disegno quasi-sperimentale (pre-test, post-test e re-test a tre mesi dalla fine dell'intervento per gruppo sperimentale e di controllo), ha dimostrato che effetti dell'intervento a breve termine si sono avuti per la comprensione dell'intento persuasivo dei messaggi pubblicitari, la percezione del realismo e delle norme sociali e il comportamento *pre-drinking* (*pre-drinking behavior*), mentre effetti a lungo termine (ovvero dopo tre mesi dalla fine dell'intervento) si sono verificati soltanto per la percezione del realismo legato ai messaggi mediali. Sono stati riscontrati inoltre effetti a breve e a lungo termine per i bambini che hanno seguito l'intervento relativamente ad una miglior comprensione dell'immagine dell'alcol trasmessa dai mass media e ad una maggior consapevolezza su come questa immagine influisca sulle scelte dei consumatori. I ricercatori raccomandano lo sviluppo di un intervento che fornisca ai bambini maggiori abilità per portare a termine il processo decisionale perché le intenzioni di comportamento si concretizzino in comportamenti reali sul lungo termine. Successivamente Austin e Johnson (1997a) hanno replicato la ricerca per valutare l'efficacia di due diversi tipi d'intervento per la prevenzione all'abuso di alcol: *general media literacy training* e *alcohol specific media literacy training*. L'intervento di *alcohol specific media literacy training* è risultato più efficace, probabilmente perché l'oggetto d'indagine riguardava la percezione dei messaggi pubblicitari sull'alcol, l'atteggiamento verso il bere alcolici e le intenzioni di comportamento verso l'alcol. Tra gli effetti immediati di entrambi i percorsi di educazione mediale sono rilevanti: l'aumento della consapevolezza in merito

all'intento persuasivo dei messaggi pubblicitari; la percezione dei personaggi come poco realistici e poco affascinanti; la diminuzione del desiderio di assomigliare ai personaggi delle pubblicità; la diminuzione dell'aspettativa verso conseguenze positive del bere alcolici; la diminuzione del desiderio di provare prodotti alcolici. Si sono mantenuti a lungo termine (ovvero dopo tre mesi dalla conclusione dell'intervento) sia l'atteggiamento negativo sia l'intenzione negativa di comportamento verso l'assunzione di alcol, dovuti agli affetti del trattamento di *alcohol specific media literacy training*.

Croghan e colleghi (2004) hanno sviluppato un intervento di educazione mediale con approccio *production* per adolescenti al fine di prevenire l'uso di tabacco. 265 studenti tra i 13 e i 17 anni hanno partecipato ad un laboratorio che li ha portati a conoscere le strategie produttive dei messaggi pubblicitari per produrre successivamente una efficace campagna di comunicazione che inducesse i coetanei ad iscriversi a programmi per smettere di fumare. L'efficacia dell'intervento è stata valutata in base ai giudizi sui prodotti mediali realizzati dai partecipanti, da parte di una commissione di esperti dei media e di adolescenti, e in base alla rilevazione di quanti adolescenti, che avevano partecipato al progetto o che avevano seguito come spettatori la campagna pubblicitaria, si erano in seguito iscritti a corsi per smettere di fumare. Alla conclusione della ricerca, su 172 prodotti mediali realizzati, 17 sono stati selezionati dalla commissione di esperti e di adolescenti, mentre su 164 giovani che avevano seguito la campagna pubblicitaria o come spettatori o come partecipanti al curriculum, 94 si erano iscritti ai corsi per smettere di fumare. Gli studiosi evidenziano come sia necessario, in un futuro sviluppo della ricerca, verificare se in effetti sia stata la campagna pubblicitaria il motivo che ha indotto gli studenti ad iscriversi al corso per smettere di fumare.

Gonzales e colleghi (2004) invece hanno valutato, attraverso una ricerca quasi-sperimentale (con pre e post-test e gruppo sperimentale e di controllo), l'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *production* per il cambiamento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti relativamente all'uso di tabacco da parte di 448 studenti di college. I ragazzi che hanno partecipato al progetto, rispetto ai ragazzi del gruppo di controllo, hanno acquisito maggiori conoscenze relativamente all'uso di tabacco, hanno diminuito il positivo atteggiamento "pro-tabacco" e hanno ridotto l'uso di tabacco. Nonostante i risultati incoraggianti, i ricercatori raccomandano ulteriori ricerche per individuare gli effetti specifici degli interventi di educazione mediale per contrastare i fattori di rischio associati al tabacco.

L'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *critical* è stata invece oggetto di valutazione in una ricerca quasi-sperimentale (con gruppo sperimentale e di controllo) di Pinkleton e colleghi (2007) sul fumo di tabacco da parte degli adolescenti. Sono stati coinvolti 723 studenti di college e sono state rilevate, con pre e post-test: le loro conoscenze sulle tecniche di persuasione dei messaggi mediali; le norme dei pari percepite (*perceived peer norms*) riguardo all'uso di tabacco; l'identificazione con le rappresentazioni mediali in relazione al tabacco; le aspettative (*expectancies*) rispetto all'uso di tabacco. Alla fine dell'intervento di educazione mediale, gli studenti partecipanti, rispetto a quelli del gruppo di controllo, hanno sviluppato un pensiero riflessivo rispetto ai messaggi mediali sul tabacco e hanno

aumentato la loro “motivazione a” e “capacità di” resistere all’influenza dei messaggi mediali relativi al tabacco, confermando la validità dell’educazione mediale per la prevenzione del fumo.

Banerjee e Greene (2006; 2007) hanno invece confrontato l’efficacia di due diversi interventi di educazione mediale per contrastare l’uso di tabacco: *analysis media literacy* e *production media literacy*. Sono stati coinvolti, in due diverse ricerche, entrambe con disegno quasi sperimentale (con 2 gruppi sperimentali che hanno seguito i due tipi d’intervento e un gruppo di controllo), 260 studenti tra gli 11 e i 16 anni. Nel primo studio (Banerjee & Greene, 2006) l’oggetto dell’indagine si focalizzava sull’atteggiamento degli adolescenti nei confronti del fumo e sulle loro risposte cognitive (attenzione, comprensione e percezione) nel contesto dei due diversi workshop di educazione mediale. Il *production workshop* si è dimostrato più efficace per la modifica degli atteggiamenti dei ragazzi verso il fumo sia rispetto all’*analysis workshop* sia rispetto alla condizione senza intervento (gruppo di controllo). Il *production workshop* ha inoltre suscitato più attenzione e una più positiva percezione dell’attività da parte dei ragazzi rispetto all’*analysis workshop*. L’*analysis workshop* si è dimostrato invece più efficace per l’aspetto della comprensione sia rispetto al *production workshop* sia rispetto alla condizione senza intervento (gruppo di controllo). La seconda ricerca (Banerjee & Greene, 2007) si è invece focalizzata sulla rilevazione (prima e dopo l’intervento) di: intenzioni di comportamento verso il “fumare”, atteggiamento verso il fumo, norme soggettive (credenze normative degli altri e motivazione a conformarsi). Il gruppo che ha seguito l’intervento di *production media literacy* ha riportato maggiori cambiamenti relativamente sia alle intenzioni di comportamento rispetto al fumare tabacco sia all’atteggiamento verso il fumo rispetto al gruppo d’intervento di *analysis media literacy* e rispetto al gruppo di controllo, mentre in relazione alle norme soggettive non è stato registrato alcun cambiamento statisticamente significativo per nessuno dei gruppi.

Anche Primack, Fine e colleghi (2009), hanno condotto una ricerca quasi sperimentale (con gruppo sperimentale e controllo e solo post-test) con strumenti qualitativi (intervista) per confrontare l’efficacia di due interventi di prevenzione al fumo di tabacco rivolti agli adolescenti: un intervento di educazione mediale con approccio *critical* e un intervento di educazione alla salute con lezioni frontali. I 531 studenti di college con età media di 15 anni, partecipanti alla ricerca, hanno risposto ad un’intervista con tre domande aperte sul gradimento e l’efficacia percepita dell’intervento che avevano seguito. In termini di gradimento, i ricercatori hanno riscontrato, dall’analisi qualitativa delle interviste, un’evidente differenza tra il gruppo che aveva seguito l’intervento di educazione mediale per la promozione della salute rispetto a quello che aveva seguito l’intervento di promozione della salute denominato “tradizionale”. Gli studenti che hanno partecipato alle attività di educazione mediale hanno evidenziato soprattutto le componenti di divertimento e interesse, che hanno determinato un “totale coinvolgimento” per la maggior parte dei partecipanti (Primack, Fine et al., 2009, p. 616). Per quanto riguarda invece le conoscenze acquisite su temi di salute, i partecipanti all’intervento “tradizionale” hanno riportato un maggior numero di

informazioni e maggiormente approfondite. Questo risultato, secondo i ricercatori è stato dovuto al fatto che i due interventi avevano la medesima lunghezza (tre sessioni da 45 minuti), ma mentre quello di educazione mediale si è focalizzato anche sui temi relativi ai media, oltre che su quelli relativi alla salute, l'intervento "tradizionale" si è incentrato per tutta la sua durata esclusivamente su quest'ultimi. Infine non si è riscontrata alcuna differenza tra i due gruppi in termini di efficacia percepita dell'intervento relativamente alla sua funzione di prevenzione al fumo di tabacco. Secondo gli autori quindi, "l'educazione mediale sembra fornire una metodologia coinvolgente per gli interventi di prevenzione al fumo di tabacco, e l'integrazione delle componenti del programma 'tradizionale' di educazione alla salute all'interno degli interventi di educazione mediale, possono renderli massimamente efficaci" (Primack, Fine et al., 2009, p. 619).

Bier e colleghi (2011) hanno sviluppato un intervento di educazione mediale con approccio *production* per la prevenzione dell'uso di tabacco nella *middle school*. Dopo la conclusione dell'intervento i ricercatori hanno rilevato nei 204 studenti partecipanti, che hanno compilato un questionario come pre e post-test (senza confronto con un gruppo di controllo), un significativo aumento di punteggio nelle scale che misuravano la loro alfabetizzazione mediale "generica" e alfabetizzazione mediale "specificata" riguardo ai messaggi mediatici sul fumo di tabacco. Non è stata invece rilevata in questo caso una diminuzione dell'atteggiamento pro-tabacco da parte dei partecipanti, che, secondo i ricercatori, probabilmente necessita di un più lungo periodo per manifestarsi come effetto della comprovata accresciuta alfabetizzazione mediale.

Un intervento di educazione mediale con approccio *critical*, finalizzato sia alla prevenzione del fumo di tabacco, che dell'abuso di alcol, è quello sviluppato da Kupersmidt e colleghi (2010) per gli alunni della *elementary school*. I ricercatori hanno misurato, prima e dopo l'intervento, le intenzioni di comportamento di 344 bambini (partecipanti all'intervento e del gruppo di controllo), relative all'assunzione di alcol e al fumo di tabacco, la loro autoefficacia rispetto ad un'azione di rifiuto del bere alcolici e fumare tabacco, la loro capacità di analisi critica dei messaggi pubblicitari (comprensione delle tecniche e modalità produttive dei messaggi e del loro intento persuasivo) e il loro interesse verso i prodotti di merchandising (t-shirt, occhiali, giocattoli) legati al brand di bevande alcoliche o di sigarette. Tra i bambini partecipanti (dai 7 ai 13 anni), quelli con precedenti esperienze di assunzione di alcol o di fumo di tabacco hanno registrato, alla fine dell'intervento, una diminuzione di punteggio nella scala delle intenzioni di comportamento rispetto all'uso di tali sostanze e una maggior autoefficacia rispetto all'azione di rifiuto di esse. Inoltre, i partecipanti di sesso maschile hanno registrato, dopo l'intervento, un minor interesse verso i prodotti di merchandising con brand di bevande alcoliche, mentre tutti i bambini e le bambine hanno riportato una maggior capacità di analisi critica dei messaggi pubblicitari.

L'educazione mediale risulta inoltre un approccio metodologico efficace anche per gli interventi di prevenzione dei disordini alimentari, soprattutto per le bambine e le giovani donne. Irving e Berel (2001) hanno confrontato, attraverso una ricerca quasi-sperimentale con pre e post test e tre gruppi sperimentali (senza gruppo di controllo),

l'efficacia di tre diversi interventi di educazione mediale rivolti a 110 studentesse di college: uno di educazione "con i media" basato sulla proiezione di un video riguardante i rischi della diminuzione eccessiva del peso corporeo; uno di educazione mediale con approccio *critical internally oriented* (focalizzata sugli spetti cognitivi relativi alla percezione dei messaggi mediali, al loro impatto emotivo, alle loro finalità, ecc...); uno di educazione mediale con approccio *critical externally oriented* (focalizzato sugli aspetti socioculturali dei messaggi mediali). Lo scopo dei tre interventi era accrescere lo scetticismo delle studentesse nei confronti dei messaggi relativi al dimagrimento e alla magrezza come ideale estetico, e nel contempo ridurre l'eventuale immagine negativa che esse avessero avuto del proprio corpo. I tre diversi gruppi di studentesse, partecipanti ai tre diversi tipi di intervento, hanno accresciuto in misura statisticamente significativa rispetto al pre-test, ed equivalente rispetto alle tre diverse condizioni, il loro scetticismo circa il realismo e la desiderabilità dei prodotti mediali veicolanti immagini che rappresentano un ideale estetico di eccessiva magrezza. Nessuno dei tre gruppi ha però registrato una diminuzione dell'immagine negativa del proprio corpo percepita dalle studentesse partecipanti, e questo suggerisce l'opportunità di ulteriori sviluppi della ricerca in questo ambito, estendendo nel tempo lo studio degli effetti di interventi di educazione mediale.

Kater e colleghi (2002) hanno invece sviluppato un intervento di educazione mediale con approccio *critical* per bambini dai 9 ai 13 anni al fine di valutare se esso possa incidere su: conoscenze e pregiudizi relativi all'immagine corporea, comportamenti alimentari, autopercezione e consapevolezza mediale. I 415 partecipanti a una ricerca con disegno quasi sperimentale (con pre e post-test), sono stati divisi in due gruppi: uno coinvolto nell'intervento e uno di controllo. I bambini del gruppo-intervento hanno riportato un significativo aumento delle conoscenze relative al proprio corpo e della consapevolezza mediale, rispetto al gruppo di controllo, ma non un cambiamento di comportamento, per ottenere il quale, i ricercatori propongono il coinvolgimento delle istituzioni del territorio e uno sviluppo e rafforzamento nei bambini dei concetti relativi al rapporto tra cibo e immagine corporea, nutrizione e attività fisica.

Un confronto tra un intervento di educazione mediale con approccio *critical* e un intervento centrato sull'autostima è quello proposto dalla ricerca quasi-sperimentale (con pre-post test, due gruppi sperimentali e uno di controllo) di Wade e colleghi (2003), che ha visto il coinvolgimento di 86 studenti con età media di 13 anni. La finalità di entrambi gli interventi era diminuire i fattori di rischio relativi ai disordini alimentari, e i ragazzi hanno risposto prima e dopo l'intervento a questionari su: concezioni (interessi, preoccupazioni) sul peso corporeo; immagine corporea; dieta (*eating disorder examination questionnaire*); accettazione sociale; comportamenti; autostima; competenze scolastiche (*self perception profile for adolescents*). Il gruppo che ha seguito il programma di educazione mediale ha diminuito le preoccupazioni legate al peso corporeo (sono rimaste invariate quelle del gruppo di controllo e del programma di autostima). Per il resto delle variabili non si sono rilevate significative differenze tra i tre gruppi, pertanto viene proposto dai ricercatori lo studio e l'implementazione di un programma di educazione mediale integrato da tecniche per lo

sviluppo dell'autostima, di cui venga poi valutata l'efficacia, anche in relazione all'impatto dello stile d'insegnamento del docente che conduce il programma.

Fuller e colleghi (2004) hanno condotto una ricerca quasi sperimentale (senza gruppo di controllo), con strumenti qualitativi, realizzando un focus group prima e dopo l'intervento di educazione mediale con approccio *critical*, che ha coinvolto 17 bambine di 10 e 11 anni. L'obiettivo dello studio consisteva nel verificare l'incidenza dell'intervento su: conoscenze relative al peso corporeo; percezioni della propria immagine corporea rispetto all'influenza dei mass media, dei pari e della società; consapevolezza del ruolo dei media nella costruzione di stereotipi. Dalle analisi dei focus group e delle videoregistrazioni degli interventi di educazione mediale, è emerso che le partecipanti hanno aumentato le proprie conoscenze relative al peso corporeo, e acquisito una maggior consapevolezza del rapporto tra peso, immagine del corpo e influenza dei mass media nella percezione della propria immagine corporea.

Wilksch e colleghi (2006) hanno studiato l'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *critical* come prevenzione dei rischi legati ai disordini alimentari, con una ricerca quasi-sperimentale senza gruppo di controllo e dividendo i partecipanti per genere. 100 ragazze e 137 ragazzi tra i 12 e i 15 anni hanno partecipato alla ricerca e hanno compilato un questionario come pre e post test sul loro livello di interiorizzazione dell'ideale di corpo veicolato dai media (attraverso il *Sociocultural attitudes towards appearance questionnaire – SATAQ 3*). Alla fine dell'intervento i ragazzi hanno registrato una significativa diminuzione di punteggio nella maggior parte delle sottoscale del questionario rispetto alle ragazze, dimostrando di essere diventati meno influenzabili dai messaggi mediali relativi alle immagini corporee rispetto alle ragazze. Questo risultato, secondo i ricercatori, incoraggia a rivolgere gli interventi di educazione mediale per la prevenzione dei disordini alimentari anche ai ragazzi.

L'efficacia di un intervento di educazione mediale nell'ambito dei disordini alimentari in relazione alla sua durata è stata oggetto di una ricerca quasi-sperimentale di Watson e Vaughn (2006). 54 ragazze tra i 18 e i 25 anni sono state suddivise in quattro gruppi: un gruppo ha partecipato alla visione di un documentario sull'immagine della donna nei media, uno ha invece seguito una sola sessione (di un'ora e mezza) di educazione mediale con approccio *critical*, un altro ha partecipato invece ad un intervento di educazione mediale con approccio *critical* di tre sessioni (di due ore ciascuna), ed infine un gruppo ha costituito la condizione di controllo. I ricercatori hanno rilevato con pre e post test il livello di consapevolezza dei modelli socioculturali veicolati dai media da parte delle ragazze, la loro interiorizzazione di tali modelli, e l'insoddisfazione rispetto al loro corpo. I gruppi che hanno seguito gli interventi di educazione mediale con approccio *critical*, sia di una che di tre sessioni, hanno riportato una diminuzione dell'interiorizzazione dei modelli socioculturali veicolati dai media, rispetto agli altri due gruppi, mentre soltanto il gruppo che ha seguito l'intervento più lungo ha registrato anche una diminuzione del livello d'insoddisfazione per il proprio corpo. I ricercatori suggeriscono quindi di modulare la lunghezza degli interventi di educazione mediale per ridurre i rischi di disordini alimentari in rapporto agli obiettivi

da raggiungere, considerando che più lungo è l'intervento, seppur comporti un maggior dispendio di risorse, più risulta efficace.

Neumark-Sztainer e colleghi (2000) hanno valutato l'efficacia a breve e a lungo termine di un intervento di educazione mediale con approccio *critical*, rivolto a bambine dai 9 ai 13 anni di squadriglie Scout e finalizzato alla prevenzione dei rischi legati ai disordini alimentari. La ricerca quasi-sperimentale ha coinvolto 226 bambine (divise in 2 gruppi: intervento e controllo) che hanno compilato un questionario come pre-test, post-test e re-test a tre mesi dalla fine dell'intervento, su: comportamenti alimentari, conoscenza del proprio corpo e atteggiamento verso il proprio corpo, autoefficacia nel resistere alle norme sociali condizionate dai media sull'immagine corporea, conoscenze relative ai messaggi mediali, atteggiamenti verso i messaggi mediali e uso dei media. Le ragazze del gruppo che ha partecipato all'intervento hanno riportato, rispetto al gruppo di controllo, sia al post-test che al re-test un aumento dell'autoefficacia nel resistere alle norme sociali condizionate dai media sull'immagine corporea, un miglioramento delle conoscenze relative ai messaggi mediali, un atteggiamento più critico verso i messaggi mediali e una lettura meno frequente di riviste femminili riguardanti il dimagrimento. Anche in questo caso, i ricercatori invitano gli esperti di alimentazione ad utilizzare l'approccio *critical* dell'educazione mediale per i loro interventi sulla prevenzione dei disordini alimentari.

L'educazione mediale è stata anche oggetto di studi nell'ambito della promozione di una sana alimentazione per prevenire l'obesità, che hanno coinvolto sia genitori, che bambini, che insegnanti. Hindin e colleghi (2004), con una ricerca quasi-sperimentale senza gruppo di controllo, hanno confrontato l'efficacia di due diversi corsi di formazione rivolti a genitori di bambini in età scolare: uno esclusivamente sulla sana alimentazione, ed uno sulla sana alimentazione (identico al primo) a cui è stato associato un intervento di educazione mediale con approccio *critical* centrato sugli effetti della pubblicità televisiva sulle scelte alimentari dei bambini. Attraverso un pre e post test sono stati rilevati i comportamenti, gli atteggiamenti e le conoscenze dei genitori rispetto all'influenza che può esercitare sui bambini la pubblicità televisiva di prodotti alimentari per l'infanzia. Rispetto all'intervento esclusivamente basato sulla sana alimentazione, quello comprendente anche la componente di educazione mediale ha avuto effetti significativi sulla formazione dei genitori riguardo a: comprensione dei messaggi pubblicitari; modifica degli atteggiamenti verso la pubblicità televisiva; autoefficacia per un'azione di resistenza nei confronti dei messaggi pubblicitari; capacità di mediare i messaggi televisivi per una miglior comprensione da parte dei propri figli; capacità di leggere e comprendere le etichette alimentari. I ricercatori invitano quindi gli esperti di educazione alimentare (medici, dietisti, nutrizionisti) ad implementare nei loro interventi di formazione rivolti agli adulti, anche una componente di educazione mediale, che consideri non solo i messaggi pubblicitari televisivi, ma anche quelli veicolati da siti web, giornali, depliant, pubblicità del supermercato.

Kafatos e colleghi (2004) hanno studiato con metodi qualitativi l'incidenza dello stile e delle pratiche d'insegnamento sull'implementazione nell'ordinaria attività scolastica di un curriculum di 30 ore sulla promozione di una sana alimentazione attraverso

l'educazione mediale con approccio *critical*. La ricerca ha coinvolto 107 alunni di *primary school* e i ricercatori hanno basato lo studio sull'osservazione delle attività svolte dall'insegnante in classe e su interviste realizzate con gli alunni, prima e dopo l'attività e a 11 mesi di distanza dalla fine dell'intervento, riguardanti le loro conoscenze nell'ambito della nutrizione. Dai risultati emersi, i ricercatori hanno evinto come la possibilità di implementare il curriculum oggetto dello studio dipenda: dalla motivazione e dall'interesse dell'insegnante per i temi della sana alimentazione, dalla sua preparazione e dalla capacità di insegnamento, dall'abilità nel catturare l'attenzione degli alunni mantenendo la disciplina in classe e dall'innovatività dei metodi utilizzati. La disponibilità dell'insegnante è inoltre risultata correlata con la varietà dei metodi educativi utilizzati e l'interesse dei bambini. Dalle analisi delle interviste fatte agli alunni è emersa invece una correlazione tra le loro conoscenze acquisite e mantenute dopo un anno e l'entusiasmo dell'insegnante. I ricercatori concludono osservando come gli interventi di sana alimentazione attraverso l'educazione mediale, rivolti ai bambini, "richiedano insegnanti innovativi, entusiasti e fortemente motivati" (Kafatos et al., 2004, p. 969).

Un intervento di educazione mediale con approccio *production* rivolto a bambini dai 9 agli 11 anni e ai loro genitori, è stato sviluppato da Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008) per promuovere il consumo di frutta e verdura. Le ricerche, che approfondiremo in seguito, avevano l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'intervento sia con metodi quantitativi, ovvero attraverso pre e post test e confronto tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo (Evans et al., 2006), sia con strumenti qualitativi, utilizzando il focus group (Tanner et al., 2008). L'intervento ha previsto la partecipazione di 19 bambini ad un laboratorio di educazione mediale, durante il quale hanno realizzato una campagna di comunicazione su frutta e verdura, rivolta ai propri genitori. La partecipazione dei genitori all'intervento ha previsto infatti solamente la loro esposizione ai messaggi mediali prodotti dai figli. I ricercatori hanno rilevato prima e dopo l'intervento: il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini e la disponibilità di frutta e verdura a casa, l'autoefficacia, la motivazione e il supporto genitoriale percepito, da parte dei bambini in relazione al consumo di frutta e verdura, la motivazione dei genitori verso una sana alimentazione e il supporto dato al proprio figlio in relazione al consumo di frutta e verdura. Il focus group con i bambini partecipanti è stato condotto dopo la conclusione dell'intervento e ha riguardato tematiche relative alla sana alimentazione e alla produzione di messaggi mediali. Dalle analisi dei dati quantitativi è emerso che il gruppo partecipante all'intervento ha riportato un significativo cambiamento dell'ambiente nutrizionale domestico, in favore di una maggiore disponibilità di frutta e verdura a casa, anche se non si sono registrati cambiamenti significativi in relazione al consumo di frutta e verdura da parte dei bambini. L'analisi del focus group ha dimostrato che la partecipazione all'intervento ha accresciuto le conoscenze dei bambini sui temi della sana nutrizione e al ruolo giocato dai media nel forgiare i valori legati al comportamento alimentare, nonché la loro acquisizione di competenze e abilità per produrre una campagna mediale rivolta ad un target adulto.

Per quanto riguarda l'educazione sessuale, invece, Cicognani e colleghi (1997) hanno studiato, attraverso una ricerca quasi-sperimentale, l'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *production* che ha coinvolto 148 adolescenti di 15 e 17 anni al fine di promuovere rapporti protetti per prevenire l'Aids. Dopo una prima fase di analisi critica degli opuscoli informativi sull'argomento diffusi da aziende sanitarie pubbliche e da associazioni territoriali, i partecipanti hanno realizzato una campagna di comunicazione (con poster e video) rivolta a coetanei con l'obiettivo di persuaderli ad utilizzare il preservativo durante i rapporti sessuali. Il pre e il post test hanno rilevato l'atteggiamento dei ragazzi partecipanti all'intervento e di quelli del gruppo di controllo nei confronti dell'uso del profilattico, le loro intenzioni di comportamento verso il suo uso durante rapporti occasionali con il partner, le conoscenze relative ai rapporti sessuali protetti e all'Aids, l'autoefficacia nella gestione dei rapporti sessuali con l'uso del profilattico, e le strategie di coping rispetto alle pratiche sessuali. Dalle analisi dei dati è emerso che, rispetto al gruppo di controllo, i ragazzi coinvolti nell'intervento: hanno migliorato, rispetto al gruppo di controllo, il loro atteggiamento nei confronti dell'uso del preservativo, e la loro autoefficacia nella gestione dei rapporti protetti; hanno accresciuto le proprie conoscenze in relazione al sesso sicuro e all'Aids; hanno diminuito le strategie di coping disfunzionali rispetto all'uso del preservativo.

Pinkleton e colleghi (2008) hanno valutato, con una ricerca quasi-sperimentale, l'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *production* rivolto a 532 adolescenti dagli 11 ai 19 anni per la prevenzione delle gravidanze precoci. Solo alla fine dell'intervento i ricercatori hanno sottoposto ai ragazzi partecipanti all'intervento e a quelli del gruppo di controllo un questionario su: consapevolezza dell'influenza dei media e dei miti generati dalle immagini televisive sul sesso; desiderabilità di questi miti; autoefficacia nel resistere all'influenza dei messaggi mediali; aspettative verso il sesso; norme sociali dei pari percepite; atteggiamento verso l'astinenza; livello di alfabetizzazione mediale. Dai risultati è emerso che i ragazzi partecipanti all'intervento, rispetto al gruppo di controllo, hanno registrato: una minor aspettativa riguardo ai benefici di prestigio sociale derivanti dall'attività sessuale e una maggior propensione a rimandare l'attività sessuale ad un'età superiore alla loro; una maggior consapevolezza in merito all'influenza dei media e alle strategie utilizzate per generare miti sociali attorno al sesso; una minor propensione a considerare desiderabile l'immaginario sessuale veicolato dai media. I ricercatori sottolineano come l'educazione mediale possa quindi essere un valido approccio per la promozione di comportamenti sessuali corretti poiché fornisce agli adolescenti un framework cognitivo necessario per comprendere l'influenza dei media e quindi attuare strategie di resistenza ad essa nell'adottare decisioni in relazione al proprio comportamento sessuale.

Successivamente Pinkleton e colleghi (2012) hanno valutato, con una ricerca quasi-sperimentale, se un intervento di educazione mediale con approccio *critical* sulle immagini mediali riguardanti il sesso, potesse influenzare le decisioni relative alle pratiche sessuali di ragazzi tra gli 11 e i 17 anni. I 922 partecipanti, divisi in un gruppo che ha partecipato all'intervento e in un gruppo di controllo, hanno svolto un pre e un

post test relativi a: interpretazione dei messaggi mediali riguardanti il sesso atteggiamento verso l'astinenza, autoefficacia nel resistere alla pressione sociale dei pari in relazione alle pratiche sessuali. Dalle analisi dei dati è emerso che i ragazzi partecipanti all'intervento, rispetto a quelli del gruppo di controllo, hanno compreso che i messaggi mediali influenzano le decisioni degli adolescenti sul sesso e che i messaggi veicolati dai mass media sulle pratiche sessuali sono imprecisi e 'glamourizzati', e hanno riportato inoltre un aumento statisticamente significativo dell'autoefficacia nel resistere alle pressioni dei pari riguardo al sesso. Gli autori evidenziano quindi come il livello di alfabetizzazione mediale degli adolescenti possa influire sulle loro decisioni circa il sesso.

Considerando la promozione della salute nel suo aspetto più generale di promozione della qualità della vita, Moore e colleghi (2000) hanno sviluppato un intervento di educazione mediale con approccio *critical* per la prevenzione di comportamenti scorretti (violenza, uso di droga, pregiudizio razziale) da parte di adolescenti a rischio. Sono stati coinvolti nella ricerca 33 adolescenti impegnati in programmi di recupero per aver fatto uso di sostanze stupefacenti o essere stati segnalati alle autorità per comportamenti violenti e a sfondo razziale. I partecipanti, in assenza di un gruppo di controllo, hanno svolto un pre-test e un post-test su: conoscenze delle funzioni dei media, uso di droghe e pratica di comportamenti violenti, accettazione dell'uso di droghe e della pratica di comportamenti violenti da parte di altri, tolleranza razziale, locus of control. Inoltre, in seguito all'intervento sono state effettuate delle interviste semi-strutturate con i ragazzi sui loro comportamenti in relazione alla droga, alla violenza, ai pregiudizi razziali e al rapporto con i pari. Le analisi dei dati quantitativi non hanno riportato significative differenze tra post e pre test in alcuna delle variabili indagate, e i ricercatori imputano tali risultati ai numerosi cambiamenti relativi ai contenuti e alle modalità di conduzione dell'intervento che si sono rivelati necessari in corso d'opera a causa della complessità del contesto (comunità di recupero) in cui si è svolto. Tuttavia dalle analisi delle interviste è emerso che l'intervento ha favorito nei ragazzi cambiamenti del loro comportamento e della loro consapevolezza relativamente a tutti i temi indagati (violenza, uso di sostanze e pregiudizio razziale), e ha portato ad un miglioramento del loro rapporto con i pari.

Scharrer (2009) ha valutato l'efficacia di un intervento di educazione mediale con approccio *critical* per il cambiamento di atteggiamento verso la violenza di 57 alunni di 11 e 12 anni. La ricerca quasi-sperimentale (con pre-post test, senza gruppo di controllo), ha riportato risultati statisticamente significativi circa l'aumento della predisposizione dei partecipanti ad adottare comportamenti pacifici e non aggressivi in situazioni di conflitto. Inoltre si è verificato un aumento (seppur non statisticamente significativo), dopo l'intervento, del riconoscimento, da parte dei partecipanti, di quali siano gli effetti negativi derivanti da comportamenti violenti. L'autore raccomanda lo sviluppo di interventi di educazione mediale per la prevenzione di comportamenti violenti, da svolgere soprattutto in classe, dove avviene per la maggior parte del tempo l'interazione sociale con i pari da parte dei bambini.

Come sostengono Bergsma e Carney (2008), la valutazione complessiva dell'efficacia dell'educazione mediale come approccio per la promozione della salute è agli albori. Dai risultati molto diversi delle ricerche passate in rassegna, si evince come sia necessario continuare a svolgere studi in questo settore, soprattutto al fine di "individuare quale sia il contesto e quali siano gli elementi del processo, che rendono efficaci gli interventi di educazione mediale per la promozione della salute" (Bergsma & Carney, 2008, p. 522). Da un punto di vista metodologico, la maggior parte delle ricerche passate in rassegna, utilizza il disegno quasi-sperimentale (con o senza gruppo di controllo), per valutare se vi siano stati cambiamenti nelle variabili indagate in seguito all'intervento (Austin & Johnson, 1995, 1997a, 1997b; Banerjee & Greene, 2006, 2007; Bier et al., 2011; Cicognani et al., 1997; Evans et al. 2006; Fuller et al., 2004; Gonzales et al., 2004; Hindin et al., 2004; Kater et al., 2002; Kupersmith et al., 2010; Irving & Berel, 2001; Moore et al., 2000; Neumark-Sztainer et al., 2000; Pinkleton et al., 2007, 2008, 2012; Primack, Fine et al., 2009; Scharrer, 2009; Tanner et al. 2006; Wade et al., 2003; Watson & Vaughn, 2006; Wilksch et al. 2006). Alcune tra queste ricerche hanno aggiunto una componente qualitativa (focus group o interviste) al disegno quasi-sperimentale con pre e post test, per approfondire con i partecipanti all'intervento i temi relativi all'educazione mediale e alla salute oggetto dello studio (Evans et al., 2006; Moore et al., 2000; Tanner et al., 2008). Un'esigua parte delle ricerche prese in esame ha utilizzato esclusivamente strumenti qualitativi (Croghan et al., 2004; Fuller et al., 2004; Kafatos et al., 2004; Primack, Fine et al., 2009).

La maggior parte delle ricerche sull'efficacia degli interventi di educazione mediale ha coinvolto bambini a partire dai 7 anni (Bier et al., 2011; Austin & Johnson, 1995, 1997a, 1997b; Evans et al. 2006; Fuller et al., 2004; Kater et al., 2002; Kupersmith, 2010; Neumark-Sztainer et al., 2000; Scharrer, 2009; Tanner et al., 2008, Wilksch et al., 2006) e adolescenti fino ai 19 anni (Banerjee & Greene, 2006, 2007; Cicognani et al., 1997; Croghan et al., 2004; Gonzales et al., 2004; Irving & Berel, 2001; Moore et al., 2000; Pinkleton, 2007, 2008, 2012; Primack, Fine et al., 2009; Wade et al., 2003). Come abbiamo visto, il bambino prima dei 7-8 anni non sembra essere cognitivamente in grado di percepire l'intento persuasivo delle pubblicità e tali ricerche si sono focalizzate principalmente sui messaggi pubblicitari (Livingstone & Helsper, 2004). Altre ricerche hanno coinvolto: partecipanti dai 19 ai 25 anni (Watson & Vaughn, 2006), genitori di bambini in età scolare (Hindin et al., 2004), bambini e insegnanti di *primary school* (Kafatos et al., 2004), bambini e loro genitori (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2006).

Tra le ricerche rivolte a bambini e adolescenti la maggior parte ha riguardato interventi che si sono svolti in classe durante l'orario scolastico (Austin & Johnson, 1995, 1997a, 1997b; Bier et al., 2011; Cicognani et al., 1997; Gonzales et al., 2003; Irving & Berel, 2001; Kafatos et al., 2004; Kater et al., 2002; Kupersmith et al., 2010; Pinkleton et al., 2007, 2008, 2012; Primack, Fine et al., 2009; Sharrer, 2009; Wade et al., 2003; Wilksch et al., 2006), tre ricerche si sono svolte a scuola fuori dall'orario scolastico (Evans et al., 2006; Fuller et al., 2004; Tanner et al., 2008), una ricerca si è

svolta in comunità di recupero (Moore et al., 2000) e una in una comunità di Scout (Neumark-Sztainer et al., 2000).

Gli interventi rivolti a bambini tra i 7 e i 13 anni hanno riguardato i più rilevanti aspetti relativi alla salute: dall'alcol (Austin & Johnson, 1995, 1997a, 1997b, Kupersmidt, 2010) al fumo (Bier et al., 2011; Kupersmidt, 2010), dai disordini alimentari (Fuller et al., 2004; Kater, 2002; Neumark-Sztainer et al., 2000; Wilksch et al., 2006) alla promozione di una sana alimentazione (Evans et al., 2006; Kafatos et al., 2004; Tanner et al., 2006), dall'educazione sessuale (Pinkleton, 2008) alla violenza (Scharrer, 2009). Le ricerche su interventi rivolti ad adolescenti dai 14 ai 19 anni hanno riguardato principalmente il fumo di tabacco (Croghan et al., 2004; Gonzales et al., 2004; Banerjee & Greene, 2006; 2007; Pinkleton et al., 2007; Primack, Fine et al., 2009), e in parte minore la sessualità (Cicognani et al., 1997; Pinkleton et al., 2008, 2012), i disordini alimentari (Irving & Berel, 2001; Wade et al., 2003), e la violenza (Moore et al., 2000). Sembra prevalere la tendenza ad effettuare interventi di promozione della salute in un'età precoce rispetto all'adozione di comportamenti a rischio, nell'ottica preventiva di favorire comportamenti sani durante l'infanzia e la pre-adolescenza che tenderanno poi a stabilizzarsi nelle fasi successive della vita (Pellai & Marzorati, 2001). Inoltre, gli interventi che coinvolgono anche gli adulti, genitori (Evans et al., 2006; Hindin et al., 2004; Tanner et al., 2006) e insegnanti (Kafatos et al., 2004), e che riguardano la promozione della sana alimentazione, evidenziano l'importanza del ruolo delle figure di riferimento per i bambini (ovvero genitori e insegnanti) in relazione alla loro nutrizione (Teufel et al., 1999).

I riferimenti teorici di base su cui si fonda il filone di ricerca della *Health promoting media literacy education* sono quelli che si riferiscono all'ambito di studio sulla promozione della salute, da una parte, e sull'educazione mediale dall'altra. Per quanto riguarda il primo ambito, tra le ricerche relative agli interventi di educazione mediale per promuovere la salute, che hanno fatto esplicito riferimento a modelli teorici, si riconducono alla *Teoria Socio-cognitiva* di Bandura (1986) le ricerche di: Austin & Johnson (1995), Banerjee & Greene (2006), Evans et alii. (2006), Hindin et alii. (2004), Kupersmidt et alii. (2010), Neumark-Sztainer et alii. (2000); Pinkleton et alii. (2008), Tanner et alii. (2008), che indagano, tra le altre variabili, il ruolo dell'autoefficacia nelle scelte di salute di bambini e ragazzi; alla *Teoria dell'azione ragionata* di Fishbein e Ajzen (1975) le ricerche di: Austin e Johnson (1997a; 1997b), Banerjee & Greene (2006), Cicognani et alii. (1997), Kupersmidt et alii. (2010), che indagano sulle intenzioni di comportamento; alla teoria di Freire (1970) le ricerche di: Cicognani et alii. (1997) e Gonzales et alii. (2004), che hanno ricondotto all'empowerment il punto fondamentale di convergenza tra educazione mediale e promozione della salute.

Per quanto attiene alla metodologia proposta dall'educazione mediale, si può rilevare come la maggior parte degli interventi di promozione della salute, a cui fanno riferimento le ricerche passate in rassegna, si avvalgano dell'approccio *critical* (Austin & Johnson, 1995, 1997a, 1997b; Bier et al., 2011; Fuller et al., 2004; Hindin et al. 2004; Kafatos et al., 2004; Kater et al., 2002; Kupersmidt et al. 2010; Irving & Berel, 2001; Moore, 2000; Pinkleton et al., 2007, 2012; Primack, Fine et al., 2009; Wade et al. 2003;

Watson & Vaughn, 2006; Wilksch et al., 2006), piuttosto che dell'approccio *production* (Cicognani et al., 1997; Croghan et al., 2004; Evans et al., 2006; Gonzales et al., 2004; Pinkleton, 2008; Tanner et al., 2008), mentre le due ricerche di Banerjee & Greene (2006, 2007) si focalizzano sul confronto tra i due approcci, dimostrando come l'approccio *production* risulti più efficace (relativamente alle variabili misurate), rispetto all'approccio *critical*.

Gli interventi di educazione mediale per la promozione della salute, indagati dalle ricerche passate in rassegna, sono stati realizzati per la prevenzione di comportamenti a rischio, piuttosto che per la modifica di stili di vita non sani, che si siano stabilizzati da tempo⁵⁰. Dai risultati emersi dalle ricerche prese in esame, si può evincere come tutti gli interventi analizzati abbiano ottenuto conferma almeno di una delle ipotesi relative al cambiamento di: variabili psicosociali, come atteggiamenti, credenze, autoefficacia, ecc..., o di fattori ambientali, come la disponibilità o meno di determinati cibi a casa, o delle intenzioni di comportamento, o del comportamento stesso, qualora fosse incluso tra le variabili indagate. L'ottica "preventiva" degli interventi rende conto del fatto che nell'ambito della *health promoting media literacy education* le ricerche coinvolgono per lo più bambini e ad adolescenti, oppure ad adulti (genitori o insegnanti) in qualità di educatori delle giovani generazioni. Diversi autori, alla luce dei risultati di questi studi, sollevano quindi la necessità che chi educa alla salute, dai pediatri agli insegnanti, impari a come portare l'educazione mediale all'interno delle proprie pratiche e ad incorporare le attività di educazione mediale all'interno dei progetti di educazione alla salute (Yates, 1999; Rich & Bar-on, 2001; Livingstone & Helsper, 2004; Mendoza, 2007; Cox, 2008; Rosenbaum et al., 2008; Martens, 2010; Pellai, 2010; Strasburger, 2012).

1.3.3. Il modello teorico integrato dell'*Health promoting media literacy education*

Il primo modello teorico integrato, che si propone di coniugare le teorie della promozione della salute con quelle dell'educazione mediale, è stato sviluppato da Bergsma e Ferris (2011), attraverso l'analisi dei framework teorici maggiormente utilizzati nelle ricerche che si riferiscono all'ambito della *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008; Bergsma & Ferris, 2011).

Secondo i due autori, per quanto riguarda le teorie della promozione della salute, quelle maggiormente ricorrenti sono la *Teoria del comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986) e la *Teoria socio-cognitiva* (Bandura, 1986). La prima contempla, come

⁵⁰ Per la modifica di comportamenti stabilizzati nel tempo vengono tradizionalmente adottati i cosiddetti interventi "multicomponente" (Van Cauwenberghe, et al., 2010), che integrano, ad esempio, la distribuzione di determinati cibi ad iniziative di informazione sulle loro proprietà salutari (Hoelscher et al., 2002) con interventi di educazione alla salute condotti da medici ed educatori (Petrillo & Caso, 2008), interventi di coinvolgimento della comunità (Hoelscher et al., 2010a, 2010b), programmi di Life skills Education (LSE) nel contesto della psicologia della salute in ambito scolastico (Bertini, Braibanti & Gagliardi, 2002), avvalendosi, talvolta, della metodologia di tipo laboratoriale offerta dall'educazione mediale (Bergsma & Carney, 2008).

abbiamo visto, una serie di costrutti a “livello individuale”, mentre la seconda assume che vi siano determinanti di tipo ambientale e sociale, che influenzano il comportamento personale, ponendosi dunque a “livello interpersonale” (Glanz & Rimer, 2005): ad esempio “le opinioni, i pensieri, il comportamento, i consigli e il supporto delle persone esercitano un’influenza sulle conoscenze, le credenze, gli atteggiamenti e il comportamento del singolo individuo” (Bergsma & Ferris, 2011). Oltre alle influenze di tipo sociale, vi sono quelle di tipo ambientale, tra cui, come abbiamo visto, figurano, ad esempio, quelle dei messaggi mediali, particolarmente importanti per le giovani generazioni (Bergsma, 2011). Dalla *Teoria del comportamento pianificato*, Bergsma e Ferris hanno tratto, per il loro modello teorico integrato, i costrutti relativi a: atteggiamenti, intenzioni di comportamento, credenze normative e autoefficacia. Mentre della *Teoria socio-cognitiva* sono stati inclusi nel framework della *Health promoting media literacy education* i costrutti di: aspettative, autoefficacia, capacità di azione, rinforzo, apprendimento per osservazione e determinismo reciproco⁵¹.

La promozione della salute fa riferimento all’educazione mediale anche come approccio per sviluppare l’empowerment⁵² di bambini e ragazzi nell’affrontare le situazioni che pongono delle sfide per il loro benessere (Bergsma, 2004; Gonzales et al., 2004). L’empowerment, come abbiamo visto, è infatti considerato un fattore fondamentale sia per la promozione della salute (Wallerstein, 1992), sia per l’educazione mediale (Karlberg, 2007), poiché porta le persone ad acquisire quelle capacità decisionali e comportamentali che le rendono in grado di conquistare autonomia ed emancipazione (Freire, 1972). Bergsma e Ferris (2011, p. 3393) parlano di “*empowerment education spiral*, che consiste in quattro componenti – consapevolezza, analisi, riflessione e azione – tutti finalizzati a rendere le persone capaci di comprendere pienamente e agire su contenuto, forma, finalità ed effetti dei messaggi mediali”. In ambito di salute, lo sviluppo dell’empowerment può essere considerato “un percorso di coinvolgimento educativo e formativo multidimensionale, circolare ed ecosistemico, per potenziare e migliorare le capacità decisionali nei sistemi psicologici individuali, e finalizzato allo sviluppo di autoefficacia e autoconsapevolezza nella gestione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi della salute personale” (Guarino, 2008, p. 169). Dunque, il “link pedagogico” tra la promozione della salute e l’educazione mediale, sia a livello individuale che sociale, è rappresentato proprio dalla prospettiva dell’*empowerment education*, che da un lato riguarda la costruzione delle capacità di pensiero critico per resistere ai messaggi mediali che promuovono comportamenti non sani, e dall’altra porta, in ultima istanza, alla capacità di azione per il cambiamento individuale (Bergsma, 2004).

Oltre all’empowerment, Bergsma e Ferris (2011, p. 3393) sostengono che “altri tre costrutti devono essere considerati in un intervento di *health promoting media literacy education* per il cambiamento di credenze, atteggiamenti, intenzioni e comportamenti, ovvero: le conoscenze sulla salute e sui media (*knowledge about media and health*

⁵¹ Per la trattazione di ciascun costrutto nello specifico, cfr. par. 1.1.2.

⁵² Cfr. Par. 1.1.2.

issue), l'abito mentale verso la ricerca (*habits of inquiry*), e l'abilità di analisi critica e di espressione (*critical analysis and expression skills*)". Come abbiamo visto, le conoscenze relative ai rischi per la salute e ai benefici riguardanti l'adozione di un sano stile di vita sono variabili che influiscono sul cambiamento di comportamento, ma da sole non sono sufficienti. "Pertanto, anche se l'educazione mediale implica un costrutto relativo alle conoscenze, che comprende, ad esempio, le informazioni relative a come e perché differenti forme di messaggi mediali operano come operano, queste conoscenze da sole raramente determinano un cambiamento di comportamento, ma le ricerche nell'ambito della *health promoting literacy education* dimostrano che le conoscenze relative ai media e alle questioni di salute possono modificare le concezioni e gli atteggiamenti" (Bergsma & Ferris, 2011, p. 3393). Le attività di educazione mediale favoriscono l'acquisizione di nuove conoscenze attraverso processi di ricerca e scoperta, secondo l'approccio costruttivista del *discovery learning*, e li fissa in *abiti*, che possono essere definiti come "sistemi stabili e trasferibili di azioni attraverso i quali far fronte alle diverse esigenze della nostra esperienza nel mondo. [...] la competenza diventa la capacità del soggetto di orchestrare più schemi di natura cognitiva ed emotiva per rispondere a situazioni complesse" (Ardizzone & Rivoltella, 2008, p. 98). La *National Association for Media Literacy Education* considera come obiettivo generale dell'educazione mediale "aiutare le persone di qualsiasi età a sviluppare l'abito mentale alla ricerca e le abilità espressive necessarie per essere pensatori critici, comunicatori efficaci e cittadini attivi nel mondo di oggi" (Namle, 2007).

Le abilità di analisi critica e di espressione costituiscono, inoltre, l'obiettivo ultimo degli approcci *critical* e *production*, quando vengano adottati insieme per la realizzazione degli interventi educazione mediale che, finalizzati alla promozione del benessere, aiutano le persone a sviluppare un pensiero critico nei confronti delle rappresentazioni mediali sulle questioni relative alla salute e quindi ad essere meglio informate e formate per prendere decisioni sul proprio stile di vita (Bergsma 2011). "L'*Health promoting media literacy education*, per raggiungere il cambiamento di comportamento, si rivolge alle persone sia al livello individuale che al livello interpersonale, il quale comprende l'interazione sociale e quella ambientale, che può avvenire attraverso messaggi mediali di ogni genere, da quelli *narrativi* come i film a quelli *persuasivi* come le pubblicità" (Bergsma & Ferris, 2011).

La Figura 1 rappresenta il modello teorico integrato dell'*Health promoting media literacy education*, che frappono, in una prospettiva ecologica, i quattro costrutti dell'educazione mediale per la promozione della salute, tra l'ambiente mediale all'interno del quale vivono le persone (fuori dal modello), e i costrutti che incidono sul cambiamento di comportamento, derivati dalla *Teoria del comportamento pianificato* e della *Teoria socio-cognitiva*. "Mentre la *Teoria socio-cognitiva* è utile per affrontare i fattori di rischio a livello socioculturale, il cambiamento di comportamento individuale dev'essere affrontato attraverso il riferimento ad altre teorie, come la *teoria del comportamento pianificato*. La *Teoria socio-cognitiva* aiuta ad esaminare il contesto mediale che circonda le giovani generazioni, ma la teoria del comportamento pianificato

‘individualizza’ questo contesto. Il modello inoltre considera che l’educazione mediale è e deve essere ‘contestuale’” (Bergsma & Ferris, 2011, p. 3404).

Bergsma (2011) considera l’anello dell’*health promoting media literacy education* come una sorta di protezione-cuscinetto (*buffer*) per le influenze dei messaggi mediali provenienti dall’ambiente esterno sulle determinanti di salute. “L’*health promoting media literacy education* aiuta ad acquisire e stabilizzare conoscenze riguardo ai media e alla salute, abilità di analisi critica e di espressione, abito mentale alla ricerca ed empowerment individuale, che potenzialmente conducono le persone a prendere decisioni di salute per sé stesse” (Bergsma & Ferris, 2011, p. 3394).

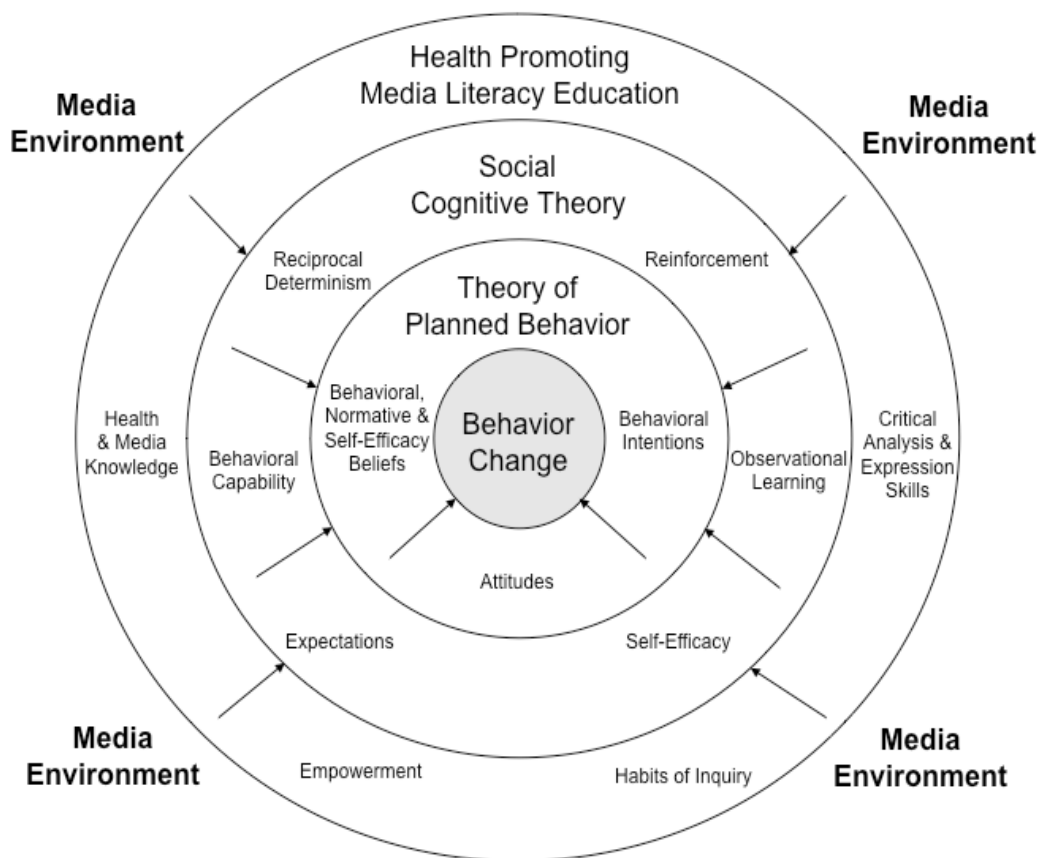


Fig. 1. Modello teorico integrato dell’*Health promoting media literacy education* (Bergsma & Ferris, 2011, p. 3393).

Il modello non solo vuole rappresentare una sintesi dei principali costrutti delle teorie della promozione della salute indagati dalle ricerche che si sono concentrate sullo sviluppo e la valutazione dell’efficacia degli interventi di educazione mediale per favorire comportamenti sani (Bergsma & Carney, 2008), ma stimolare le ricerche future nell’ambito della *Health promoting media literacy education* ad esplicitare in maniera più chiara l’approccio pedagogico adottato nel progettare ed implementare gli interventi (Bergsma, 2011). “Mentre gli studi forniscono approfondite informazioni sul *che cosa* viene insegnato dall’intervento, raramente si trovano indicazioni sul *come* l’intervento

insegna ciò che insegna, quando in realtà, il successo degli interventi di *health promoting media literacy education* dipende non tanto da ciò che viene insegnato ma da come viene insegnato” (Bergsma & Carney, 2008, p. 539). Pertanto, anche se l’educazione mediale dovrebbe fondarsi su una pedagogia *inquiry-based* e *process-oriented* (Bergsma, 2011, p. 27), non risulta sempre chiaro se gli interventi oggetto delle ricerche si siano avvalsi di approcci che favoriscono nell’educando un atteggiamento di ricerca (*inquiry*) o piuttosto abbiano adottato la prospettiva dell’indottrinamento (*indoctrination*) (Bergsma & Ferris, 2011, p. 3407). Dunque, l’inclusione nel modello dell’*Health promoting media literacy education* dei costrutti relativi alle conoscenze dei media, all’empowerment, all’abito mentale alla ricerca e alle abilità di analisi critica e di espressione, dovrebbe portare le future ricerche, che si collochino in questo ambito e che si riferiscano a tale framework teorico, a fornire più approfondite informazioni riguardo all’approccio pedagogico adottato dall’eventuale intervento oggetto dello studio e ad esaminarne le caratteristiche quali variabili che concorrono a produrre i risultati ipotizzati (Bergsma, 2011).

Inoltre, secondo Bergsma e Ferris (2011), gli interventi di *Health promoting media literacy education* dovrebbero essere valutati anche in base ai cinque *Media literacy core concepts* (Thoman & Jolls, 2005), che sono riconosciuti dalla *National Association for Media Literacy Education* degli Stati Uniti: 1. *tutti i messaggi medialia sono costruiti*, quindi l’intervento dovrebbe insegnare in che modo i contenuti trasmessi dai media differiscono dalla realtà, valutando ciò che viene mostrato in relazione all’esperienza reale; 2. *i messaggi medialia vengono realizzati utilizzando linguaggi creativi che seguono loro leggi specifiche*, quindi l’intervento dovrebbe insegnare a riconoscere e ad utilizzare le tecniche di produzione dei messaggi medialia; 3. *le diverse persone fruiscono e recepiscono lo stesso messaggio in maniera diversa*, quindi l’intervento dovrebbe esplorare: come i media influenzano le diverse persone in modo diverso; che cosa possono fare le persone per evitare gli effetti negativi dell’influenza dei media; come le persone possono agire per cambiare i media; 4. *i media radicano valori e punti di vista*, quindi l’intervento dovrebbe insegnare come identificare gli stereotipi, i miti, i valori, gli stili di vita, e i punti di vista rappresentati o omessi dai messaggi medialia; 5. *la maggior parte dei messaggi medialia viene realizzata per ottenere profitto e/o potere*, quindi l’intervento dovrebbe insegnare: a riconoscere le finalità della pubblicità o delle strategie di marketing; ad adottare un atteggiamento di scetticismo (*skepticism*) verso i messaggi pubblicitari; a creare messaggi che contrastino quelli diffusi dai media su comportamenti non sani. Infatti, il modello teorico della *health promoting media literacy education* assume che anche il cambiamento di atteggiamento nei confronti dei messaggi medialia contribuisca al cambiamento dei comportamenti in relazione alle scelte di salute. Tra le variabili oggetto d’indagine per le ricerche future, le conoscenze dei media e l’acquisizione delle capacità di analisi critica e di espressione dovrebbero ricevere maggior attenzione (Bergsma, 2011). La domanda-chiave a cui i bambini e ragazzi che seguono un intervento di educazione mediale per la promozione della salute dovrebbero saper rispondere è: “che cosa non è stato detto in questo messaggio mediale, che invece è importante sapere?” (Bergsma & Ferris, 2011, p. 3408), poiché la maggior

parte dei messaggi riguardanti i temi di salute come il fumare tabacco, bere alcol, mangiare cibo spazzatura, praticare sesso non protetto e usare violenza, spesso vengono rappresentati come comportamenti senza conseguenze. Questa domanda dovrebbe guidare sia la fase *critical* di analisi dei messaggi mediali, per far comprendere a bambini e ragazzi che cosa viene o non viene comunicato, sia la fase *production*, per stimolarli a creare messaggi che comunichino, in modo creativo ed efficace, ciò che non viene comunicato dalla maggior parte dei messaggi veicolati dai media.

Se da un lato la ricerca nell'ambito della *Health promoting media literacy education* può considerarsi avviata in modo promettente, dall'altro Bergsma e Ferris (2011) invitano a realizzare studi che indaghino sulle buone pratiche riguardo agli interventi, partendo da cinque raccomandazioni: "1. si devono continuare a sviluppare e a testare riferimenti teorici nell'ambito della *Health promoting media literacy education* [...]; 2. le ricerche che hanno ottenuto risultati devono essere replicate; 3. nuove ricerche dovrebbero utilizzare almeno alcuni degli strumenti d'indagine utilizzati nelle ricerche precedenti per permettere la possibilità di fare comparazioni adeguate; 4. maggiori sforzi dovrebbero essere compiuti per misurare l'eventuale cambiamento di comportamento in seguito all'intervento, o almeno per misurare il cambiamento nelle intenzioni di comportamento; 5. infine, poiché l'approccio pedagogico utilizzato nell'ambito della *Health promoting media literacy education* è fondato sullo sviluppo dell'abito mentale alla ricerca e del pensiero critico, e non sul più tradizionale approccio dell'educazione alla salute fondato sulla mera trasmissione di conoscenze e informazioni, la ricerca deve prestare molta più attenzione a come l'intervento viene condotto piuttosto che continuare ad esaminare i contenuti dell'intervento stesso" (Bergsma & Ferris, 2011, p. 3409).

1.3.4. La sana alimentazione dei bambini: le ricerche di Alexandra E. Evans

Nel composito panorama delle ricerche sulla *Health promoting media literacy education* sopra citato, si distinguono alcuni studi sulla sana alimentazione, caratterizzati dall'approccio *production* e condotti da Evans e colleghi e Tanner e colleghi (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008). Tali ricerche indagano l'efficacia di interventi di educazione mediale in contesto scolastico per la promozione del consumo di frutta e verdura, rivolti a bambini dai 9 agli 11 anni e ai loro genitori. La metodologia scelta è quella del disegno quasi sperimentale con gruppo partecipante all'intervento e gruppo di controllo. L'obiettivo degli studi è indagare sugli effetti dell'intervento in relazione all'eventuale incremento del consumo di frutta e verdura da parte dei bambini e al cambiamento dell'ambiente nutrizionale domestico. Inoltre i ricercatori si sono proposti di verificare l'impatto dei prodotti mediali realizzati dai bambini sul cambiamento del livello di supporto sociale fornito dai genitori, a cui tali prodotti erano indirizzati.

Attraverso strumenti quantitativi (questionari a risposta chiusa), somministrati tramite la procedura pre-test e post-test, le ricerche hanno verificato, con bambini e loro genitori, se vi siano state modifiche successive all'intervento di educazione mediale. Con i primi, l'obiettivo era indagare se l'intervento determinasse un cambiamento nei fattori: autoefficacia, motivazione e supporto genitoriale percepito in relazione al consumo di frutta e verdura; mentre con i genitori l'obiettivo era verificare se l'intervento determinasse un cambiamento della propria motivazione nei confronti della sana alimentazione, del proprio supporto ai comportamenti alimentari dei figli, e un cambiamento della disponibilità e dell'accessibilità di frutta e verdura in casa. Inoltre, attraverso lo strumento "24-hour dietary recall", che prevede la somministrazione di interviste telefoniche rivolte ai genitori, le ricerche hanno indagato la quantità media di frutta e verdura consumata dai bambini due giorni (random) nella settimana prima dell'inizio dell'intervento e due giorni (random) nella settimana dopo la conclusione dell'intervento. Infine i bambini coinvolti nell'intervento, hanno inoltre partecipato ad un focus group finale, che ha indagato sulle loro concezioni maturate in relazione al consumo di frutta e verdura e sui loro giudizi riguardo all'esperienza del laboratorio di educazione mediale con approccio *production*.

La *Teoria socio-cognitiva* di Bandura (1986) ha costituito la cornice teorica degli studi. Assumendo che fattori personali, eventi ambientali e comportamento interagiscano e siano reciprocamente determinanti, è stato ipotizzato che l'intervento modifichi l'ambiente domestico (attraverso la campagna di comunicazione sviluppata dai bambini per i genitori) e alcuni fattori personali dei bambini, quali l'autoefficacia, il sostegno sociale percepito e la motivazione, che porterebbero ad aumentare il consumo di frutta e verdura (e quindi ad una modifica del comportamento).

Le ricerche hanno coinvolto due scuole elementari appartenenti a un distretto scolastico del South Carolina alle quali è stata assegnata la condizione di "intervento" o di "controllo". Sono stati invitati a partecipare allo studio gli studenti degli ultimi due anni di *primary school* delle due scuole, di cui 18 hanno fatto parte del "gruppo intervento", che ha seguito il programma di promozione della sana alimentazione attraverso l'educazione mediale, e 21 hanno costituito il "gruppo di controllo", che invece non ha preso parte, durante il periodo della ricerca, ad alcuna attività di educazione alla salute. Il gruppo che ha partecipato all'intervento era composto prevalentemente da bambine (70%), per metà da alunni afro americani (50%), e per quasi un terzo da alunni aventi uno status socioeconomico basso (27%), mentre nel "gruppo di controllo" erano presenti sia meno bambine (50%), sia meno alunni afro americani (24%), e solo il 9% di alunni con uno status socioeconomico basso.

L'intervento è stato condotto dall'equipe 'multidisciplinare' dei ricercatori (Tanner et al., 2008, p. 112), comprendente esperti di alimentazione dell'infanzia e di linguaggi multimediali, a scuola nel primo pomeriggio (al di fuori dell'orario delle lezioni). Il programma constava di 3 fasi da completarsi nel corso di 12 sessioni di due ore ciascuna e nell'arco di 6 settimane. La prima fase è stata dedicata all'educazione ad una sana nutrizione (2 sessioni); la seconda fase ha previsto invece 2 sessioni di alfabetizzazione mediale e comunicazione della salute; mentre la terza fase, durata 8

sessioni, è stata dedicata alla realizzazione, da parte dei bambini, di una campagna di comunicazione per i loro genitori e finalizzata alla promozione del consumo di frutta e verdura. L'intervento era dunque rivolto ai bambini in modo diretto (attraverso la frequenza alle 12 sessioni e il loro coinvolgimento nello sviluppo della campagna di comunicazione), e ai genitori in modo indiretto (attraverso l'esposizione alla campagna sviluppata dai bambini).

Durante il laboratorio di produzione mediale i bambini hanno creato uno slogan, un logo e tre messaggi per la loro campagna di comunicazione. Lo slogan era: "Junk Food Fighters: Everybody was junk food fighting - Hiyaah!"⁵³ (Lottatori contro il cibo spazzatura: tutti lottano contro il cibo spazzatura). Il logo rappresentava un bambino afro-americano vestito con una divisa da karateka che dava un calcio a un sacchetto di patatine. I tre messaggi, emersi da lavori di gruppo e poi sottoposti a votazione, erano: "La frutta e la verdura ti rendono più forte e ti fanno vivere più a lungo", "Mangia vero cibo!", e "Comprate frutta e verdura - noi le mangeremo". Questi messaggi sono comparsi nelle produzioni dei bambini, consistenti in due gadget – tovagliette e magneti da frigo – un sito internet, una pubblicità per la televisione e una canzone rap. I bambini hanno portato ai genitori i gadget realizzati e li hanno invitati a navigare nel sito internet realizzato, a guardare il loro video-spot televisivo e ad ascoltare la canzone rap registrata (messi a disposizione sul sito). I genitori sono stati esposti alla campagna di comunicazione e ai 3 messaggi creati dai loro figli durante le ultime 2 settimane dell'intervento.

Genitori e bambini che avevano aderito allo studio, sia del gruppo intervento sia del gruppo controllo, sono stati inoltre invitati a un evento d'apertura e ad uno di chiusura del progetto, denominati "Family Fun Night", che si sono svolti in ciascuna delle rispettive scuole e in orario serale per favorire la presenza dei genitori. Durante gli eventi, i ricercatori hanno somministrato il pre-test e il post-test ai genitori e ai bambini. Per incoraggiare la partecipazione, ai genitori e ai bambini è stato consegnato un incentivo finanziario sotto forma di buono regalo, ed è stata offerta loro una cena salutare preparata da uno chef. Il programma delle serate ha previsto inoltre attività legate all'educazione alla salute. Allo scopo di prevenire bias, per il gruppo di controllo tali attività si sono concentrate sull'educazione fisica e sulla corretta nutrizione in generale, ma non sul consumo di frutta e verdura. Nella serata di chiusura, i bambini che hanno partecipato all'intervento hanno presentato alcune delle attività svolte durante il laboratorio di educazione mediale. In caso di mancata partecipazione di genitori e/o i bambini alle "Family Fun Night", il questionario di pre-test e/o di post-test sono stati compilati successivamente a casa in maniera autonoma dai soggetti.

Gli strumenti utilizzati per la rilevazione dei dati quantitativi relativi al comportamento alimentare e all'ambiente nutrizionale domestico, sono stati: il già citato "24-hour dietary recall", considerato uno tra i migliori metodi di raccolta di informazioni relative alla dieta (Evans et al., 2006, p. 46), e un indice per la misurazione di disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, ricavato, in parte, da un indice

⁵³ Parodia della nota canzone "Kung Fu Fighting" di Carl Douglas usata anche nella colonna sonora del film d'animazione *Kung Fu Panda* (e in altri film su tematiche analoghe).

validato da Kratt e colleghi (2000) e, in parte, da un indice validato da Hearn e colleghi (1998). Per la misurazione delle variabili psicosociali dei bambini sono invece state utilizzate due scale validate, quella sull'autoefficacia di Sallis e colleghi (1988) e quella sulla motivazione di Wilson e colleghi (2002), e una scala sul supporto genitoriale percepito, di cui una parte sul supporto emotivo, tratta da una scala validata da Sallis e colleghi (1987) e una sul supporto strumentale in fase di validazione e ricavata da due precedenti scale validate (Barrera & Ainlay, 1983; Stokes & Wilson, 1984). Per la misurazione delle variabili psicosociali dei genitori, è stata utilizzata la stessa scala utilizzata per i bambini sulla motivazione (Wilson et al., 2002) e una scala sul supporto strumentale ed emotivo dato ai figli in relazione al consumo di frutta e verdura, ricavata dalla scala utilizzata per i bambini e validata in uno studio successivo dalla stessa Evans e colleghi (Dave et al., 2012).

E' stata inoltre compilata durante l'intervento (da uno dei ricercatori) una check list per monitorare le varie fasi dell'intervento e controllare che tutte le attività previste dal protocollo venissero svolte con partecipazione dai bambini ed entro i tempi previsti. I dati raccolti tramite questa check list non sono stati sottoposti ad analisi statistica, in quanto il loro scopo è stato esclusivamente quello di valutare in itinere la fattibilità di tutte le fasi progettate e il loro impatto a livello di coinvolgimento dei bambini nelle varie attività.

Il focus group è stato condotto da due ricercatori (uno dei quali in qualità di assistente), a scuola, con i bambini che avevano partecipato all'intervento, dopo la sua conclusione. La *questioning route* utilizzata ha previsto quattro principali gruppi di domande riguardanti: che cosa è stato appreso durante l'intervento; quali fossero, secondo i bambini stessi, le conoscenze più importanti acquisite riguardo al consumo di frutta e verdura; una loro valutazione sull'esperienza di produzione di messaggi mediatici; l'impatto che loro reputano la campagna di comunicazione realizzata abbia avuto sui loro genitori.

L'analisi dei dati quantitativi ha previsto: statistiche descrittive per le diverse variabili di interesse volte a descrivere i partecipanti alla ricerca, coefficienti dell'alfa di Cronbach calcolati su ciascuna delle scale per valutarne la coerenza interna, t-test per campioni indipendenti sia per il gruppo intervento che per il gruppo di controllo per verificare gli effetti dell'intervento. Per le scale sulle variabili psicosociali di bambini e genitori in cui si erano riscontrate significative differenze tra i due gruppi (intervento e controllo) alla base (in relazione cioè ai punteggi del pre-test), è stata fatta l'analisi della covarianza ANCOVA per esaminare le differenze tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo al post-test. Per il focus group è stata realizzata l'analisi del contenuto.

Dai risultati emersi non si evince una modifica statisticamente significativa del comportamento alimentare dei bambini in seguito alla realizzazione dell'intervento, ma vengono rilevate modifiche relative all'autoefficacia e alla motivazione. Tali modifiche sono risultate sia dalle analisi del pre e post test nella ricerca di Evans e colleghi (2006), sia dall'analisi del contenuto del focus group nella ricerca di Tanner e colleghi (2008), che ha approfondito le percezioni dei bambini partecipanti relativamente all'importanza della sana alimentazione. In particolare, dalle analisi del focus group sono emersi tre

temi principali, che non erano tutti stati inclusi nei gruppi di domande della *questioning route*: le conoscenze acquisite riguardo al consumo di frutta e verdura, il cambiamento di comportamento in relazione al consumo di frutta e verdura, e il supporto genitoriale percepito. In merito al primo tema, Tanner e colleghi (2006) mettono in evidenza che i bambini hanno dichiarato di aver imparato l'importanza del consumo di frutta e verdura realizzando i messaggi mediali della campagna di comunicazione, la quale, oltre ad aver sensibilizzato i loro genitori sulla questione, ha portato essi stessi ad acquisire una maggior consapevolezza relativa alla sana nutrizione. A differenza dei risultati derivati dalle analisi dei dati quantitativi, la maggior parte dei bambini ha dichiarato di aver modificato il proprio comportamento alimentare, principalmente in tre modi: provando a mangiare nuovi frutti e nuove verdure, incrementando il consumo di frutta e verdura che già avevano provato, motivandosi, attraverso la fruizione dei prodotti mediali da essi stessi realizzati, a mangiare più frutta e verdura. Per quanto riguarda infine il supporto genitoriale percepito, molti bambini hanno descritto in che modo la campagna di comunicazione ha influenzato i propri genitori, riportando ad esempio il fatto che il cesto della frutta in cucina era sempre pieno, oppure che le madri avevano cominciato a comprare anche la verdura (che prima dell'intervento non compravano), e che si era creata un'influenza reciproca tra essi e i loro genitori a favore del consumo di frutta e verdura.

Risultati statisticamente significativi, derivanti dalle analisi dei dati quantitativi, hanno riguardato invece i genitori, che dopo essere stati esposti alla campagna di comunicazione realizzata dai figli hanno fatto registrare un aumento sia del loro supporto alla sana alimentazione dei figli, sia della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa. Evans e colleghi (2006, p. 51) sostengono quindi che "l'intervento è stato efficace nel modificare l'ambiente domestico definito in termini di sostegno sociale genitoriale e disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa. Tuttavia, l'intervento non è stato efficace nel modificare il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, sebbene i genitori abbiano riferito di avere una maggiore quantità di frutta e verdura disponibile in casa, e abbiano aumentato il sostegno ai figli [...]. Pertanto, il presupposto ipotizzato dalla *Teoria socio-cognitiva*, secondo cui quando l'ambiente cambia, il comportamento cambia, non è supportato dallo studio". Quindi, in questa ricerca, anche se l'ambiente domestico è cambiato in favore di una maggior presenza di frutta e verdura a casa, il loro consumo da parte dei bambini e altri fattori interpersonali (il supporto dei genitori emotivo e strumentale percepito) non hanno subito modifiche. Secondo gli autori (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008), tali risultati possono essere spiegati in diversi modi. Viene evidenziata, per esempio, la durata dell'intervento, che potrebbe essere stato troppo breve per assicurare miglioramenti duraturi nei comportamenti alimentari, oppure, viene ipotizzato dagli autori, i dati del post test sono stati raccolti troppo presto, in quanto è necessario che i bambini restino in un determinato ambiente per un periodo di tempo maggiormente prolungato prima che questo possa modificare il loro comportamento. Secondo Tanner e colleghi (2006) questa ipotesi spiegherebbe anche la differenza tra i risultati delle analisi statistiche e delle analisi del focus group, che riportano un dichiarato aumento del consumo di frutta

e verdura da parte dei bambini, il quale probabilmente non si era ancora stabilizzato alla data della somministrazione del post-test.

Un'altra ragione potenziale, che spiega la mancanza di risultati significativi nei dati riguardanti i bambini, è il fatto che il numero di partecipanti alla ricerca sia stato esiguo e siano state inoltre riscontrate differenze tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo rispetto ad alcune variabili demografiche. Nel gruppo di intervento c'era un numero maggiore di ragazze, un numero più alto di genitori single, madri con livelli di istruzione più bassi, e un maggiore numero di studenti che avevano diritto a pranzi gratuiti e a prezzo ridotto, e tali differenze possono avere influenzato i risultati della ricerca.

Tuttavia, trattandosi della valutazione di un progetto pilota, lo studio ha dimostrato la fattibilità attuativa di un intervento che coinvolga i bambini e li porti a produrre messaggi mediali per i loro genitori, “dimostrando non solo che alunni di 4° e 5° grado di *primary school* sono in grado di produrre una campagna di comunicazione che considera come target i genitori, ma anche che questa campagna si è rivelata efficace nel cambiare il loro supporto verso la sana alimentazione, attraverso un aumento della disponibilità di frutta e verdura a casa” (Tanner et al., 2008, p. 119). Tali risultati inoltre sembrano dimostrare che, “in un mondo dove le persone sono esposte a migliaia di messaggi pubblicitari e campagne di marketing ogni giorno, non necessariamente sono le campagne più elaborate e costose a catturare l'attenzione di adulti che hanno bambini piccoli, infatti sembra che la maggior parte dei genitori sia maggiormente incline a farsi coinvolgere dai messaggi mediali prodotti dai propri figli” (Tanner et al., 2008, p. 121). I genitori sono inoltre considerati un target difficile da raggiungere attraverso i programmi di promozione della salute (McGarvey et al., 2004) e gli autori stessi considerano l'intervento come uno tra i pochi, fino ad allora realizzati, che coinvolga contemporaneamente bambini e famiglie, avvalendosi dell'educazione mediale e in particolare dell'approccio *production*.

Gli studi di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008) propongono dunque una strategia efficace per far partecipare i genitori alle iniziative di promozione della salute rivolte ai bambini, e dimostra come, seppur nel periodo della rilevazione non si siano verificate modifiche del comportamento alimentare dei minori, gli adulti partecipanti al progetto abbiano apportato significative modifiche all'ambiente nutrizionale domestico e aumentato il supporto alla sana alimentazione dei figli. Tra gli sviluppi futuri della ricerca gli autori si propongono di “coinvolgere gruppi più numerosi di studenti e genitori partecipanti alla ricerca allo scopo di valutare ulteriormente l'efficacia di questa strategia, con un intervento più lungo in termini temporali e da svolgersi durante l'orario scolastico, condizioni che si suppone ne aumentino l'efficacia” (Tanner et al., 2008, pp. 121-122). Inoltre, essi sostengono che, “poiché i genitori hanno una funzione strumentale rispetto all'instaurarsi e al mantenimento di comportamenti salutari e fungono da ‘custodi’ in materia di cibi disponibili per i bambini piccoli in casa, è necessario che si sviluppino e testino strategie ancora più efficaci per raggiungerli” (Evans et al., 2006, p. 52).

Capitolo 2. La ricerca

2.1. Ambito della ricerca

Per la prevenzione dell'obesità infantile e di alcune gravi malattie cronico-degenerative legate agli apparati cardiocircolatorio, gastrointestinale e respiratorio, che potrebbero insorgere in età adulta, viene raccomandato il consumo quotidiano di frutta e verdura (WHO, 2003). In Italia, nonostante il Ministero della Salute (2007) consideri necessario consumare almeno tre porzioni di frutta e due porzioni di verdura al giorno per il perseguimento di una dieta salutare, il 23 % dei bambini non le mangia mai (Ministero della salute, 2010). Gli interventi di maggior successo per l'incremento del consumo di frutta e verdura da parte dei minori risultano quelli che si svolgono in ambito scolastico, coinvolgono i genitori e i portatori d'interesse, danno ai bambini la possibilità di assaggiare frutta e verdura durante le attività, prevedono l'utilizzo dei media e delle tecnologie e metodologie di tipo laboratoriale (Buttriss et al., 2004; Knai et al., 2006)

Di particolare interesse rispetto alla nostra ricerca è l'ambito della pubblicità di prodotti alimentari rivolti all'infanzia, poiché recenti ricerche hanno riscontrato che vi sia un'influenza tra le rappresentazioni medialità del cibo (quasi sempre ad alto contenuto calorico) e le preferenze dei bambini in ambito nutrizionale (Livingstone & Helsper, 2004). In questo caso l'educazione mediale si propone come via percorribile per affrontare con i più piccoli le tematiche relative agli effetti persuasivi, soprattutto degli spot televisivi, e alla "quotidianità straordinaria" (Felini, 2008), che nel piccolo schermo fa da sfondo a dolci, snack e bibite zuccherate, considerando la pubblicità non un genere tabù da cui stare in guardia, ma una fucina di sperimentazioni comunicative, una fonte di apprendimento cognitivo e di piacere estetico e una possibilità espressiva per i piccoli di ogni età (Miletto & Bellotti, 2003).

Le ricerche di riferimento per il nostro studio sono in ambito nazionale quelle relative al progetto "Cibo intelligente" (Mantovani et al., 2010; Messina & Grassi, 2011) e in ambito internazionale quelle di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008), che, da un punto di vista educativo e d'interesse sociale, coniugano tre aspetti fondamentali: si inseriscono nell'area problematica della corretta nutrizione, ed in particolare del consumo di frutta e verdura, per prevenire l'obesità; riguardano l'approccio *production* dell'educazione mediale; contemplano anche il coinvolgimento dei genitori in un intervento rivolto ai bambini. Il framework teorico di riferimento è stato derivato dal modello integrato dell'*Health Promoting Media Literacy Education* di Bergsma e Ferris (2011) e adattato alle esigenze della nostra ricerca, relative all'indagine dei costrutti considerati significativi specificatamente per il comportamento alimentare dei bambini, ovvero: motivazione, autoefficacia, intenzioni di comportamento, supporto sociale dei genitori, ambiente nutrizionale domestico,

conoscenze e concezioni sulla salute e sui media, abilità di analisi critica e di espressione.

2.1.1. Prevenire l'obesità promuovendo il consumo di frutta e verdura

Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito negli ultimi anni un'importanza crescente, sia per le implicazioni dirette sulla salute dei bambini stessi, sia perché tali stati rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico degenerative in età adulta⁵⁴. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre, vitamine e sali minerali, consente di limitare la quantità di calorie introdotte e quindi di prevenire l'obesità (Ministero della Salute & Ulss 9-Treviso, 2012), oltre che l'insorgenza di tumori, soprattutto legati agli apparati gastrointestinale e respiratorio (Maynard et al., 2003), e di malattie cardiovascolari (Ness & Powles, 1997) in età adulta. Le linee guida internazionali per una sana alimentazione prevedono il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, pari complessivamente a 400 grammi (WHO, 2003), che il Ministero della Salute italiano ha recepito raccomandando nello specifico l'assunzione giornaliera di almeno 3 porzioni di frutta e 2 di verdura (Ministero della Salute, 2007).

Tuttavia per bambini e adolescenti sembra particolarmente difficile attenersi a tali indicazioni soprattutto a causa dei loro stili alimentari irregolari, che includono snack e alimenti ad alto potere calorico piuttosto che frutta e verdura, ma anche per influenze di tipo ambientale, come la presenza di fast food e il costo elevato della frutta e della verdura (WHO, 2003). Altre barriere che possono limitare il consumo di vegetali da parte dei minori sono inoltre la scarsa preferenza, il basso consumo da parte dei genitori, la scarsa disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, le mancate conoscenze in termini di sana nutrizione e se i pasti vengono consumati in famiglia poco frequentemente (Rasmussen et al., 2006).

Nel territorio della Ulss 9 - Treviso, che costituisce il contesto geografico della nostra ricerca, secondo i dati dell'osservatorio *Okkio alla salute* (Ministero della Salute & Ulss 9-Treviso, 2012), l'8 % dei bambini tra i 7 e i 10 anni risulta obeso e il 23% in sovrappeso, per un totale del 31% in eccesso ponderale. Questi dati sono inoltre leggermente superiori rispetto a quelli regionali, che in Veneto fanno registrare il 7% di bambini obesi e il 21% di bambini in sovrappeso, per un totale del 28% di minori tra i 7 e i 10 anni in eccesso ponderale. Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, sempre restando nel territorio della Ulss 9-Treviso e riferendoci ai dati di *Okkio alla salute 2010*, la maggior parte dei bambini tra i 7 e i 10 anni non rispetta le linee guida ministeriali sulla sana alimentazione. Se consideriamo l'assunzione di verdura, l'1% la mangia 4 volte al giorno, il 33% tra le 2 e le 3 volte al giorno, mentre il 35% la assume una sola volta al giorno e il 31% meno di una volta al giorno. Sul fronte del consumo di frutta, i dati sono ancor più negativi, in quanto l'1% la mangia 4 volte al giorno, il 21%

⁵⁴ Cfr. Cap. 1, par. 1.1.3.

tra le 2 e le 3 volte al giorno, mentre il 39% una sola volta al giorno e il 38% meno di una volta al giorno. Relativamente al consumo di cibi spazzatura, l'osservatorio *Okkio alla salute* nel 2010 si è focalizzato sulla rilevazione dell'assunzione di bibite gassate e zuccherate da parte dei bambini tra i 7 e i 10 anni, ed è emerso che nel territorio della Ulss 9-Treviso, l'8% beve bibite gassate una volta al giorno e il 3% più di una volta, mentre il 27% beve bibite zuccherate una volta al giorno e il 16% più volte. "Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata da 33 cc è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue: esiste una forte associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità" (Ministero della Salute & Ulss9-Treviso, 2012, p. 17).

Nelle conclusioni del report di *Okkio alla Salute 2010* per il territorio della Ulss9-Treviso è sintetizzata la situazione degli stili alimentari dei bambini partecipanti all'indagine e le indicazioni per affrontare la situazione: "i dati della nostra Azienda Sanitaria Locale non differiscono sostanzialmente da quelli regionali e nazionali: con solo il 7% di bambini che assume le 5 porzioni al giorno di frutta e verdura e il 46% che beve bibite zuccherate almeno una volta al giorno [...] emerge la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisposti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato da un cambiamento di abitudini alimentari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie" (Ministero della Salute & Ulss 9-Treviso, 2012, p.18).

La scuola, come abbiamo visto, viene considerata un contesto privilegiato per gli interventi di promozione della salute (Wechsler et al., 2000; Sharma, 2006; Agozzino et al., 2007; Da Dalt et al., 2008; Singhal et al., 2010; Van Cauwenberghe et al., 2010), compresi quelli finalizzati a favorire il consumo di frutta e verdura (Anderson et al., 2005; Bere et al., 2006; Howerton et al., 2007; Mangunkusumo et al., 2007; Panunzio et al., 2007; Delgado Noguera et al., 2011). Infatti a scuola possono facilmente essere implementate attività di apprendimento attraverso interventi di esperti, ma anche laboratori che includano la preparazione di merende e spuntini a base di frutta e verdura o la coltivazione dell'orto (Sandvik et al., 2005). Inoltre gli alunni che usufruiscono del servizio della mensa scolastica hanno la possibilità di nutrirsi con frutta e verdura durante i pasti consumati a scuola e l'esposizione frequente a determinati alimenti, sia a casa che fuori casa, ne favorisce la predisposizione ad assaggiarli e a consumarli (Thomson et al., 2010).

Nel territorio della Ulss9-Treviso, il 40% delle scuole primarie prevede la distribuzione ai bambini di frutta, verdura e yogurt, ma il 60% di esse non ha affiancato a tale pratica interventi di tipo educativo con enti e associazioni per la promozione della sana alimentazione, limitandosi alla sola somministrazione di cibi sani (che possono essere liberamente accettati o meno dagli alunni), il 15% ha distribuito materiale informativo e il 10% ha organizzato incontri con gli esperti (Ministero della Salute e Ulss 9-Treviso, 2012). Tuttavia nel rapporto si sottolinea più volte che "gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che prevedano la partecipazione di diversi settori e ambiti sociali, e multi-componente, che mirino ad aspetti diversi della salute

del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani [...] per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi, da una parte sulla valorizzazione del ruolo attivo del bambino, della sua responsabilità personale e sul potenziamento delle life skills, dall'altra, sull'acquisizione di conoscenze e del rapporto fra nutrizione e salute individuale” (Ministero della Salute e Ulss 9-Treviso, 2012, pp. 39-41).

Knai, Pomerleau, Lock e McKee (2006, pp. 90-91) hanno passato in rassegna una serie di studi sulla valutazione di interventi per la promozione del consumo di frutta e verdura rivolti a bambini e adolescenti, individuando i componenti che contribuiscono in maniera maggiore all'efficacia di tali tipi d'intervento: “particolare attenzione a frutta e verdura piuttosto che alla nutrizione in generale [...]; esposizione dei bambini a frutta e verdura durante l'intervento, attraverso ad esempio gli assaggi (in opposizione alle lezioni tradizionali); una speciale formazione per gli insegnanti; tecniche di peer education; la partecipazione attiva da parte del personale scolastico non docente (ad esempio chi somministra i pasti alla mensa); coinvolgimento attivo dei genitori a scuola e a casa; sviluppo di una politica scolastica relativa alla nutrizione degli alunni; coinvolgimento della comunità (la partecipazione delle aziende che producono frutta e verdura e delle associazioni sul territorio che si occupano di educazione all'infanzia); lunghezza dell'intervento”. Un'altra rassegna (Buttriss et al., 2004) pone invece in evidenza che tra gli interventi in ambito scolastico di maggior successo per l'incremento del consumo di frutta e verdura da parte dei minori, risultano quelli che hanno previsto l'utilizzo dei media e delle tecnologie (Baranowski et al., 2003a; 2003b; Lowe et al., 2003) e quelli che hanno compreso anche attività di tipo laboratoriale (Birnbaum et al., 2002).

2.1.2. Il laboratorio di *media education production* sulla pubblicità

In Italia, stando al 10° *Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza* di Eurispes e Telefono Azzurro (2009), che disegna un panorama utile per comprendere quali media i minori usino più di frequente per conoscere, comunicare e crescere, scopriamo che la televisione è quello più fruito dai bambini tra i 7 e gli 11 anni (96%). Il piccolo schermo è inoltre il mezzo per il quale si registra la percentuale più elevata di forti consumatori: l'8,1% lo guarda per più di 4 ore al giorno, il 13,5% da 2 a 4 ore, il 31,2% la guarda da 1 a 2 ore, mentre ne fruisce solo per un'ora il 37,4% dei piccoli. Nel territorio della Ulss9-Treviso, l'osservatorio *Okkio alla Salute* ha raccolto i dati relativi al tempo che i bambini tra i 7 e i 10 anni trascorrono complessivamente guardando la tv o giocando ai videogiochi: il 3% si dedica a queste attività almeno 5 ore al giorno, il 21% tra le 3 e le 4 ore e il restante 76% tra 0 e 2 ore (Ministero della Salute & Ulss 9-Treviso, 2010).

I contenuti veicolati dalla televisione costituiscono l'universo dell'immaginario attraverso cui, come abbiamo visto, i bambini comprendono il mondo, socializzano e sperimentano in forma vicaria emozioni e sentimenti (Personeni, 2011). E l'educazione

mediale considera centrale il ruolo dei media nell'essere allo stesso tempo creatori e specchi della cultura e delle dinamiche sociali di una data civiltà, andando oltre la mera critica dei possibili effetti negativi esercitati sui comportamenti umani. Per esempio la pubblicità – che in ambito di salute viene considerato il mezzo potenzialmente esercitante una maggior influenza sul pubblico, soprattutto se composto da bambini e giovani (Strasburger et al., 2010) – può essere definita come “una forma di comunicazione argomentativa di massa, funzionale ad un progetto più vasto” (Vecchia, 2003, p. 17), che va oltre la finalità della vendita dell'oggetto reclamizzato, che può essere acquistato dal singolo, e comprende anche il proporre, assieme a tale oggetto, visioni del mondo e stili di vita, che possono avere ricadute a livello sociale. Lo spot televisivo, ad esempio, per fare questo, adotta una forma di comunicazione tra le più sofisticate e ricercate del linguaggio audiovisivo, poiché deve trasmettere in pochi secondi, assieme al prodotto, anche tutto quell'universo di valori e di emozioni che esso porta con sé. Nel piccolo schermo “tutte le famiglie felici sono simili”, come scrive Tolstoj in apertura di *Anna Karenina*, perché caratterizzate dal valore dell'unione tra i suoi membri, ma anche dalla complicità e comprensione reciproca nelle relazioni, che vengono rappresentate in un clima di serenità e armonia. Roland Barthes (1972), riferendosi all'analisi semiotica dell'immagine cinematografica, che è sempre stata considerata la più artistica tra quelle diffuse dai mass media, parla di “senso ottuso”, riferendosi proprio a quelle caratteristiche connotative della rappresentazione, che trascendono il livello informativo e quello simbolico, sfuggendo ad un'analisi razionale per trasmettere allo spettatore un'emozione⁵⁵. Secondo una recente ricerca di Onorati (2006) sulla percezione dei messaggi pubblicitari dei bambini tra i 9 e i 12 anni, più che la funzione fatica jakobsoniana, “la maggior parte degli intervistati ha memoria di quegli aspetti del messaggio pubblicitario riconducibili alla funzione poetica, vale a dire alle trovate retorico-formali che fanno sempre più della pubblicità un testo della comunicazione finalizzata all'intrattenimento e destinata ad essere fruita per i suoi tratti estetici, piuttosto che per le sue finalità commerciali” (Onorati, 2006, pp. 213-214). Per dirla con Testa (2003, p. 9) “la pubblicità produce segni e senso. Interagisce con i desideri e i bisogni, influisce sulle categorie estetiche e sui linguaggi, sul nostro stile di vita, sui criteri di giudizio e sui valori”.

E' chiaramente intuibile a questo punto quanto la pubblicità possa “contribuire alla conoscenza del vivere quotidiano all'interno di una determinata cultura e assumere così un valore educativo rilevante, tale da rendere indispensabile l'alfabetizzazione al linguaggio pubblicitario sin dalla scuola dell'infanzia, proprio per fornire ai bambini un ulteriore strumento per conoscere il mondo in cui vivono a partire dalle proprie

⁵⁵ Troviamo particolarmente esplicativo l'esempio di un'immagine pubblicitaria sulla birra, fornito da Fulvio Acanfora (2006, p. 55): “Nello sfolgorio dei toni biondo-oro su sfondo neutro, la mia attenzione è catturata dalle perline di gelo, tappe della sete e del fresco ristoratore, che ingemmano il contenitore. Il messaggio, saltando il livello razionale (ho davvero voglia di birra?), si accentua sulla sensazione di ruscellazione (sorgente, fonte di vita e di giovinezza), bypassa il controllo del ragionamento, s'installa direttamente nella sede eccitabile delle papille gustative. Così negli spot televisivi, mentre in precedenza delle auto si predicavano le qualità della sicurezza o della velocità (qualità scarsamente sensoriali), oggi è tutto un giocare, di scorcio, per dettagli, sulla tavolozza dei riflessi, barbagli di luce, scintillii, cromature, galassie”.

esperienze di fruitori della pubblicità” (Montani, 2004, p. 208). Il testo pubblicitario televisivo, ad esempio, si presta in modo particolare per interventi di educazione mediale rivolti alla fascia d’età prescolare, proprio per le sue caratteristiche linguistico-estetiche che configurano una modalità comunicativa vicina a quella dei bambini piccoli, in cui “la verbalità è ancora molto legata al contesto e rinforzata anche da modalità espressive non verbali, come gestualità e mimica” (Miletto & Bellotti, 2003, p. 31). Inoltre, questi elementi propri dell’oralità primaria vengono espressi attraverso diversi codici, dal visivo al sonoro, che mettono insieme vari stimoli, come immagini, parole, musiche, elementi grafici (che riportano, ad esempio, lettere e numeri), sui quali è possibile lavorare anche con bambini non alfabetizzati che hanno comunque avuto un precoce imprinting all’uso della TV (Morcellini, 1999). Durante la scuola primaria e secondaria, oltre a focalizzarsi sui linguaggi del testo pubblicitario, si possono affrontare tematiche più complesse, legate ad esempio al rapporto della pubblicità con i media che la veicolano. Come suggerisce Craggs (1992, p. 104), “i bambini possono essere interessati a sapere che per questi annunci pubblicitari l’azienda si trova nella posizione di poter pretendere influenza editoriale, ad esempio scegliendo il presentatore. I giovani possono iniziare a capire che i giornali non possono essere venduti a prezzi accessibili senza il sostegno delle entrate pubblicitarie e che quei giornali che non sono in grado di attrarre la ricchezza necessaria o un ampio pubblico di lettori, falliscono nella vendita degli spazi pubblicitari e per questo cessano di essere stampati”. Su un’ulteriore versante, “se pensiamo al largo uso che nella pubblicità viene fatto delle figure retoriche, e teniamo conto che esse sono una modalità di strutturazione del pensiero, le implicazioni pedagogiche collegate a questo approccio portano a considerare il testo pubblicitario ben oltre le sue caratteristiche contenutistiche, proprio perché, così intesa, la pubblicità può diventare una opportunità di sviluppo del pensiero” (Montani, 2004, p. 208).

A differenza di Schor (2004) che considera i *tweens* “nati per comprare” e pubblici assolutamente vulnerabili, i bambini tra i 9 e i 12 anni della ricerca di Onorati (2006, p. 46) “ricordano canzoni, dialoghi, slogan, personaggi, insomma colgono della pubblicità anzitutto la dimensione del contatto, strettamente connessa alla ricerca di attenzione, da un lato, e all’esigenza di stupire, sorprendere, coinvolgere, dall’altro; colgono, cioè, tutta la portata ampia e produttrice/amplificatrice di cultura e di linguaggi della comunicazione pubblicitaria, pur senza perdere di vista i suoi intenti persuasivi e la sua dimensione consumeristica”.

Dunque, per questa fascia d’età, che comprende, come vedremo, anche il target della nostra ricerca, l’intervento di educazione mediale può partire dalla valorizzazione delle pre-conoscenze e delle concezioni dei bambini in relazione ai linguaggi, ai dispositivi, alle strategie e alle finalità dei testi pubblicitari. Per trasformare queste acquisizioni spontanee in competenze, i bambini devono però maturare una comprensione della strutturazione dei testi, e delle relative implicazioni emotive, attraverso l’analisi critica e la scrittura di messaggi mediali pubblicitari. Secondo Cappello (2010), le attività di educazione mediale oggi, e in particolare quelle indirizzate ai bambini e relative alla pubblicità, non possono più focalizzarsi esclusivamente sulla “lettura” piuttosto che

sulla “scrittura” dei testi mediali, ma, per essere efficaci, dovranno combinare l’analisi critica e la produzione creativa per motivare gli alunni attraverso “l’apertura di uno spazio dove questi ultimi possono esplorare gli aspetti ‘piacevoli’ delle loro esperienze mediali quotidiane e al tempo stesso affrontare criticamente la loro condizione di consumatori e cittadini nella cultura contemporanea e capire i modi in cui i piaceri che derivano dai media sono socialmente costruiti” (Cappello, 2010, p. 1).

Quando si affronta la fase di analisi critica è opportuno “praticare co-visioni e attuare mediazioni regolative, non nell’ottica del controllo, ma della partecipazione, portando alla luce, attraverso pratiche riflessive, tutti i processi negoziali che di fatto si accompagnano alla fruizione, mai riducibile ad una mera ‘esposizione’ ai media” (Onorati, 2006, p. 55). E successivamente, durante la produzione dei testi pubblicitari si dovrà invece stimolare la propensione creativa dei bambini, orientandola ai codici semantici, linguistici e tematici propri della pubblicità, che come abbiamo visto, più di ogni altro genere, si apre al “sincretismo”, mettendo insieme vari repertori simbolici ed espressivi che, negli aspetti sia visivi sia sonori, devono riuscire a divertire, emozionare, e comunicare contenuti chiari in modo originale nel minor tempo possibile (Bianchi, 2005). I testi pubblicitari quindi, come oggetto dell’intervento di educazione mediale, superano definitivamente l’antico status di “persuasori occulti” (Packard, 1957) e possono costituire “una fonte di apprendimento percettivo, cognitivo, comunicativo, allo stesso modo in cui essi sono una fonte di apprendimento di valori sociali e di stili di vita” (Montani, 2004, p. 211).

2.1.3. Ricerche di riferimento e costrutti teorici indagati

Nel panorama italiano – seppure la letteratura sull’educazione alla salute, come abbiamo visto, sia nutrita e qualche studio tocchi anche l’approccio dell’educazione mediale (Pellai, 2010) – raramente le ricerche si collocano nell’ambito specifico della *Health Promotion Media Literacy Education*. In questo contesto si distingue un progetto denominato “Alimenti in salute” e promosso dalla Regione del Veneto nel 2008 (Mantovani et al., 2010), per informare-formare gli adulti sui temi legati alla sana alimentazione ed educare i bambini ad uno stile di vita salutare. Per questi ultimi, nello specifico, è stato messo a punto un percorso di educazione alimentare, denominato “Cibo intelligente” – rivolto alle Scuole Primarie e Secondarie di Primo Grado della Regione del Veneto, condiviso con i Sian, i Pediatri di libera scelta, le Associazioni dei Consumatori e le associazioni di Categoria – che si avvale della metodologia didattica dell’educazione mediale con approccio *production*, sviluppata dai docenti di Educazione mediale del Dipartimento di Scienze dell’Educazione dell’Università degli Studi di Padova (Messina & Grassi, 2011).

Ricollegandosi, come cornice generale, al progetto veneto, questa ricerca si colloca nel filone di studi della *Health Promoting Media Literacy Education*, focalizzandosi sulla promozione della sana alimentazione rivolta all’infanzia, e intende svilupparsi nel

solco delle citate ricerche di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008)⁵⁶, poiché, da un punto di vista educativo e d'interesse sociale, esse coniugano tre aspetti pregnanti: si inseriscono nell'area problematica della corretta nutrizione per prevenire l'obesità che, come abbiamo visto, è considerata una questione di primaria importanza anche in Italia e in particolare nel territorio della Ulss 9-Treviso, dove si è svolta la nostra ricerca; sono tra le poche – considerando quelle passate in rassegna – che riguardano l'approccio *production* dell'educazione mediale, in sintonia con la tradizione della Scuola di Padova, che tra le prime a livello nazionale ha sviluppato l'educazione mediale attraverso laboratori di letto-scrittura (Galliani, 2002); contemplan anche il coinvolgimento dei genitori in un intervento rivolto ai bambini, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute (2007) e del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (2011) del Governo italiano.

In particolare, il coinvolgimento dei genitori nei progetti di educazione alla sana alimentazione è suggerito da diversi studi (Baranowski & Stables, 2000; Reynolds et al., 2000; Cooke, 2003; Knai et al., 2005), che sottolineano la necessità di indurli ad acquisire una maggior consapevolezza del loro ruolo, ritenuto cruciale per orientare sia la comprensione dei messaggi mediali sia le scelte alimentari dei propri figli (Hindin et al., 2004). Coinvolgere i genitori in un programma di educazione alimentare, soprattutto se svolto con bambini della scuola primaria, può inoltre migliorare il comportamento alimentare di entrambi, alunni e adulti (Davis et al., 2000). In aggiunta, se l'intervento si svolge in ambito scolastico, “la condivisione, tra insegnanti e genitori, delle attività realizzate in classe può contribuire a sostenere ‘in famiglia’ le iniziative avviate a scuola, aiutando i bambini a mantenere uno stile di vita equilibrato nell'arco dell'intera giornata” (Ministero della Salute & Ulss 9, 2012, p. 41). E mantenere un contatto con i genitori è considerato anche una “parte essenziale della *Media Education*” (Masterman, 1994, p. 91), poiché da un lato essa coinvolge le abitudini domestiche del consumo mediale e, dall'altro, dovrebbe incoraggiarli a stimolare un dialogo familiare sulle rappresentazioni veicolate dai media per condividere con i propri figli le percezioni e le interpretazioni. Trattare i contenuti dell'educazione alimentare, avvalersi dei metodi dell'educazione mediale e coinvolgere i genitori, sono infine le tre componenti che secondo la già citata ricerca di Harris e Bargh (2009) determinano l'efficacia degli interventi finalizzati a favorire la corretta nutrizione dei bambini.

La nostra ricerca ha un carattere esplorativo e fa riferimento – per l'impianto metodologico, la configurazione dell'intervento di educazione mediale per la promozione della salute ed alcune variabili indagate – alle ricerche di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008), e, tenendo conto dei limiti di tali ricerche, esplicitati dagli autori stessi, si propone di introdurre alcune modifiche nelle procedure d'indagine, prendendo in considerazione anche altri fattori determinanti il comportamento alimentare, sulla scorta dei costrutti inseriti nel modello integrato dell'*Health Promoting Media Literacy Education* di Bergsma e Ferris (2011)⁵⁷.

⁵⁶ Cfr. Cap. 1 par. 1.3.4.

⁵⁷ Cfr. Cap. 1 par. 1.3.3.

I risultati della ricerca di Evans e colleghi (2006) hanno dimostrato che, pur essendosi verificata nei bambini una modifica positiva delle determinanti psico-sociali del comportamento indagate (autoefficacia, motivazione e supporto genitoriale percepito) e una maggior disponibilità di frutta e verdura nell'ambiente nutrizionale domestico, non si è determinato un effettivo cambiamento del comportamento alimentare dei bambini (in favore di un aumento del consumo di frutta e verdura), in seguito all'intervento. Come abbiamo visto, gli autori hanno ipotizzato che tali risultati siano stati dovuti principalmente a: durata dell'intervento, tempi di rilevazione dei dati del post test, differenze nelle variabili demografiche dei due gruppi (intervento e controllo).

Il nostro progetto di ricerca è stato sviluppato tenendo conto di tali limiti e si è avvalso della collaborazione della prof.ssa Alexandra E. Evans, attualmente docente alla divisione di *Health Promotion & Health Education* alla School of Public Health della University of Texas, con la quale sono state condivise le modifiche relative all'intervento e, conseguentemente, le modalità di raccolta dei dati.

L'intervento di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008) aveva una durata complessiva di 24 ore, divise in 12 sessioni da due ore ciascuna da svolgersi per 2 volte alla settimana a scuola ma in orario extracurricolare e con adesione libera da parte degli alunni. L'intervento è durato complessivamente 6 settimane, di cui le prime 2 sono state dedicate alla formazione alla sana alimentazione e all'alfabetizzazione mediale, e le restanti 4 all'elaborazione della campagna di comunicazione da parte dei bambini per i loro genitori. Questa organizzazione ha comportato un'esposizione dei genitori alla campagna mediale elaborata dai figli di 4 settimane.

L'intervento da noi sviluppato, come vedremo, ha mantenuto la durata complessiva di 24 ore, ma si è svolto nell'arco di 10 settimane – 2 volte alla settimana le prime due settimane (formazione alla sana alimentazione e all'alfabetizzazione mediale) e una volta alla settimana per 8 settimane (elaborazione della campagna di comunicazione) – ed ha coinvolto gruppi-classe di bambini durante l'orario scolastico. Questa modifica ha permesso, da un lato, un tempo maggiore di esposizione dei genitori alla campagna mediale elaborata dai figli, ovvero 8 settimane anziché 4 come nelle ricerche di riferimento e, dall'altro, una maggior attenzione rispetto alle scelte di composizione del gruppo sperimentale e del gruppo di controllo, poiché la determinazione delle classi partecipanti alla ricerca è stata svolta conoscendo anticipatamente le loro caratteristiche socio-demografiche.

Come vedremo, è stata inoltre verificata l'adeguatezza degli strumenti d'indagine utilizzati da Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008) alla realtà locale italiana, che presenta diversità e specificità rispetto al contesto statunitense all'interno del quale le ricerche di riferimento si sono svolte. Si è proceduto con la verifica della comprensione da parte di soggetti italiani analoghi al target prestabilito coinvolti dei termini con cui sono stati tradotti gli item formulati in lingua inglese ed è stata presa in considerazione l'opportunità di modificare alcuni cibi citati negli item che non sono di consumo usuale in Italia. Fermo restando l'impianto metodologico del disegno quasi-sperimentale con 2 gruppi (intervento e controllo), sono state in parte modificate le

procedure di raccolta dei dati, poiché i questionari rivolti ai bambini e ai genitori sono stati somministrati ad una distanza temporale tra pre-test e post-test più ampia rispetto a quella considerata dagli studi di riferimento (più ampia è stata anche l'estensione temporale dell'intervento), ed è stato inoltre aggiunto un delayed post-test a 3 mesi dalla conclusione dell'intervento. Per quanto riguarda invece la raccolta dei dati relativi all'assunzione di frutta e verdura da parte dei bambini nella settimana precedente e successiva all'intervento, e a 3 mesi dalla sua conclusione, ci si è avvalsi di due strumenti: un questionario sulla frequenza dei consumi di frutta e verdura per i bambini, e una check list sui pasti consumati dai figli per i genitori, anziché dello strumento "24-hour dietary recall" utilizzato da Evans e colleghi (2006). Infine il focus group realizzato per la nostra ricerca ha incluso, oltre ai temi indagati da Tanner e colleghi (2008), ovvero conoscenze riguardo al consumo di frutta e verdura, valutazione sull'esperienza di produzione di messaggi mediali, impatto della campagna di comunicazione sui loro genitori, anche domande relative a: comportamento e cambiamento di comportamento nei confronti di una sana alimentazione, rinforzi e ostacoli per il consumo di frutta e verdura, intenzioni di comportamento riguardo al consumo di frutta e verdura e abilità di analisi critica e di espressione rispetto ai messaggi mediali fruiti e realizzati.

Da un punto di vista teorico, il framework utilizzato dalle ricerche di riferimento è stato derivato esclusivamente dalla *teoria socio-cognitiva* di Bandura (1986), mentre la nostra ricerca si fonda sul modello integrato dell'*health promoting media literacy education* di Bergsma & Ferris (2011), che comprende, come abbiamo visto, oltre alla *teoria socio-cognitiva*, anche la *teoria del comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986) e quattro costrutti pertinenti all'educazione mediale: empowerment, abito mentale alla ricerca, abilità di analisi critica e di espressione e conoscenze sulla salute e sui media. Sono stati indagati dunque sia gli stessi fattori determinanti il comportamento alimentare dei bambini già indagati da Evans e colleghi (2006) – ovvero *autoefficacia*, *motivazione*⁵⁸ dei bambini e dei genitori verso la sana alimentazione, *supporto sociale dei genitori percepito* dai bambini riguardo al consumo di frutta e verdura e *supporto* dichiarato dai genitori per un maggior consumo di frutta e verdura da parte dei figli, e *ambiente nutrizionale domestico* – sia i fattori *intenzioni di comportamento*, *conoscenze* e *concezioni* dei bambini riguardo alla salute e ai media e *abilità di analisi critica* e di *espressione* riguardo ai prodotti mediali realizzati (Fig. 2).

⁵⁸ Nel framework teorico che costituisce il riferimento della nostra ricerca, rispetto a quello di Bergsma e Ferris (2011), compare il costrutto *motivazione* al posto del costrutto *atteggiamenti*, poiché la *motivazione*, oltre ad essere considerata uno dei fattori predittivi, in modo specifico, del consumo di frutta e verdura nei principali modelli teorici relativi alle determinanti del comportamento alimentare dei bambini – "Social cognitive model of fruit and vegetable consumption in elementary school children" (Reynolds et al, 1999) e "Model for determining factors predictive of vegetable and fruit consumption in the Pro Children Project" (Klepp et al., 2005), derivato dal modello "ASE. Attitude, social influence and self-efficacy" (Kok et al., 1996) – è un costrutto direttamente relazionato agli atteggiamenti che interessano la motivazione stessa (Kok et al., 1996; Brug 2008; Brug et al., 2008).

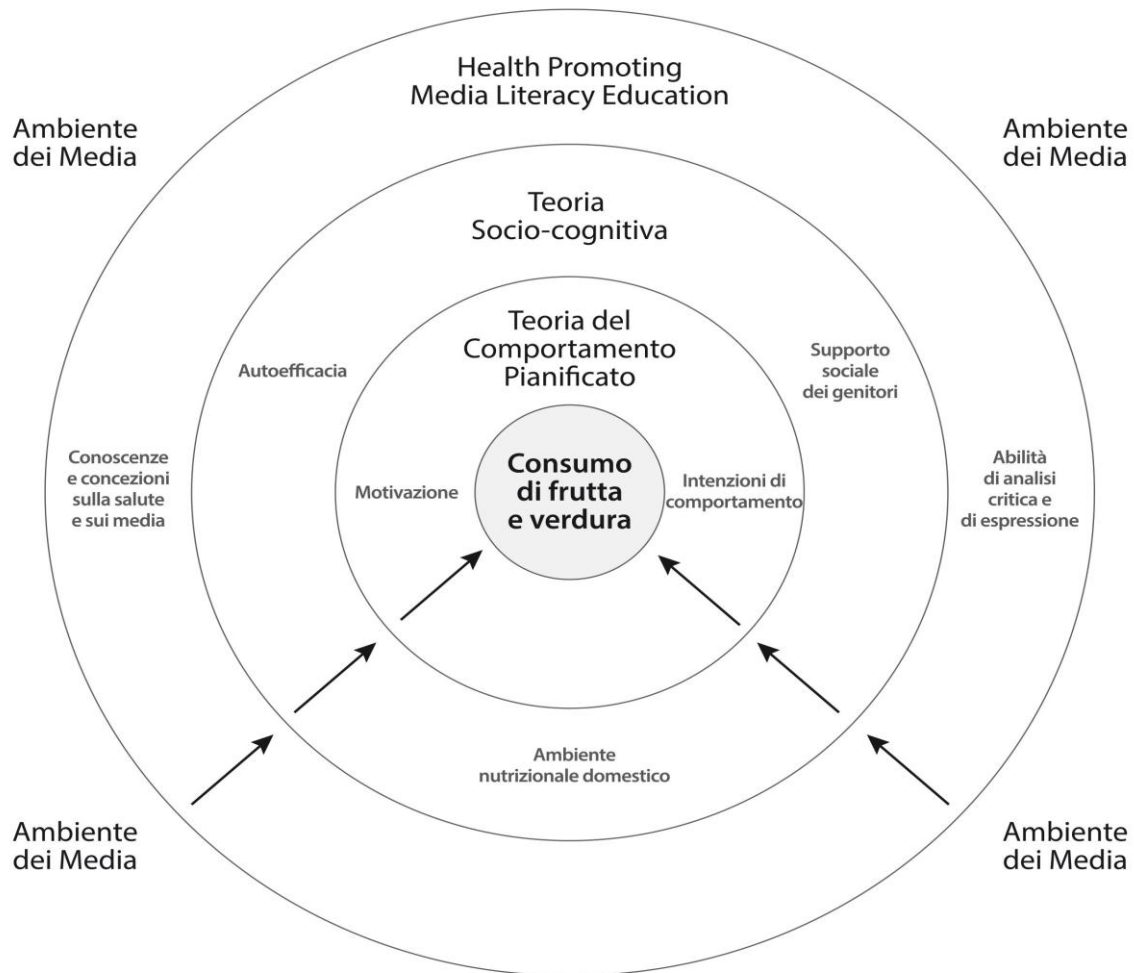


Fig. 2. Framework teorico della ricerca, adattato da Bergsma e Ferris (2011)

Motivazione. La motivazione è un costrutto integrato che comprende: “la meta verso cui una persona tende, l’energia emozionale e l’esperienza affettiva che supportano o inibiscono il perseguimento della meta e le aspettative che essa nutre rispetto alla possibilità di raggiungere quella meta” (Ford 1992, p. 78).

Secondo Bandura (1997) una forte percezione dell’efficacia personale favorisce la motivazione e, secondo Dovigo (2009), il senso di autoefficacia dipende anche dal concetto di sé. Motivazione e concetto di sé sono due costrutti correlati (Boscolo, 1997), in quanto rispettivamente conseguenza e causa dell’autoefficacia. Il sistema del sé, in funzione dell’autoefficacia, influenza l’orientamento motivazionale dell’individuo, nel senso che questi è tanto più motivato al cambiamento quanto più si percepisce in grado di farlo, di avere una certa capacità di azione e di controllo sull’ambiente (Reynolds et al., 1999). Un ulteriore elemento in grado di guidare la motivazione introdotto da teorizzazioni nell’ambito dell’approccio socio-cognitivo è l’obiettivo, che può essere inteso come la rappresentazione cognitiva di un risultato che si desidera o che si vuole evitare, con la funzione di dirigere il comportamento al raggiungimento di quel risultato

(Cullen et al., 2004). La motivazione tuttavia non consta soltanto di aspetti personali (autoefficacia, concetto di sé, obiettivi individuali, tra gli altri), ma è determinata anche dalle influenze sociali, che possono incidere sulla componente affettiva quale fattore che sostiene o inibisce l'inizio e il mantenimento dello sforzo rivolto a un cambiamento. Secondo Bandura (1997) le intenzioni di comportamento, oltre che dall'autoefficacia, sono influenzate anche dalla "motivazione per obiettivi", in quanto equivalgono esse stesse agli obiettivi prossimali, che regolano l'impegno e guidano l'azione nel qui e ora. "Gli obiettivi sono aspetti interconnessi di un meccanismo motivazionale che opera attraverso l'automonitoraggio, gli standard aspirazionali e le autoreazioni affettive" (Bandura, 1997, p. 390).

Nel *Social cognitive model of fruit and vegetable consumption in elementary school children* sviluppato da Reynolds e colleghi (1999), la motivazione è influenzata da fattori esterni quali la disponibilità di frutta e verdura, il modeling delle figure di riferimento per il bambino e gli interventi sulla sana alimentazione, e a propria volta influenza sia l'acquisizione di conoscenze che il comportamento alimentare. Secondo Brug e colleghi (2008) anche il gusto incide sulle scelte alimentari dei bambini, e se da una parte sussiste una propensione innata verso il dolce e salato e un rifiuto del sapore amaro, dall'altra, come abbiamo visto, le preferenze possono anche essere apprese (Birch & Fisher, 1998). In questo senso i media costituiscono un'importante fonte di apprendimento per i bambini, e poiché i cibi pubblicizzati sono spesso ad alto contenuto calorico, diverse ricerche sostengono che questo sia uno dei motivi per cui le preferenze alimentari dei bambini attualmente si indirizzano verso cibi ad alta densità energetica che favoriscono l'insorgere del sovrappeso (Livingstone, S. & Helsper, E., 2006, Pira & Marrali, 2007; Harris & Bargh, 2009). Vi sono altri fattori che favoriscono questo genere di apprendimento nei bambini, sia di tipo ambientale, ovvero l'esposizione a determinati cibi resi disponibili in contesti familiari (ad es. a casa o a scuola) e il comportamento dei genitori, sia fattori intrapersonali come le credenze relative alla sana alimentazione (Brug et al., 2008). Pertanto un intervento di educazione alla sana alimentazione, ed in particolare al consumo di frutta e verdura, dovrà tenere in considerazione i fattori incentivanti per i bambini e quindi: creare le condizioni perché essi siano esposti a frutta e verdura a casa e a scuola (Culle et al., 2003; Domel & Thompson, 2002), coinvolgere i genitori perché supportino i figli nelle scelte alimentari (Rasmussen et al., 2006), accrescere la consapevolezza dei bambini in relazione ai temi di salute legati al consumo di frutta e verdura (Anderson et al., 2005) e favorire in loro lo sviluppo di abilità per una corretta fruizione dei messaggi mediali (Martens, 2010).

Supporto sociale dei genitori (supporto genitoriale percepito e supporto dichiarato). Nell'ambito della *Teoria socio-cognitiva* il cambiamento personale è inquadrato all'interno di una rete di influenze sociali, che possono favorire, ritardare o ostacolare i tentativi di modifica del comportamento (Bandura, 1986). Pertanto, gli interventi di promozione della salute rivolti ai bambini o giovani in età scolare dovrebbero coinvolgere anche i genitori, i pari, i mass media e la società in generale, tenendo conto dell'influenza che tali agenti esercitano sulla stabilizzazione di abitudini

rilevanti per la salute (Zani & Cicognani, 2000)⁵⁹. In particolare, “la famiglia influenza profondamente il modo in cui gli individui coltivano le proprie abitudini di salute, l’igiene personale, le abitudini alimentari, [...], l’autoefficacia, l’autostima, l’assertività e le capacità comunicative [...] la famiglia dovrebbe essere vista come uno dei motori principali per la costruzione della realtà di ciascun individuo. La sua forte influenza spiega come mai individui che provengono dalla stessa cultura possano presentare numerose differenze, ascrivibili appunto agli insegnamenti e alle aspettative della loro famiglia d’origine. La nutrizione e le abitudini alimentari, l’esercizio fisico, la sessualità sono alcuni dei temi di salute che è opportuno promuovere presso le famiglie” (Zucconi & Howell, 2003, p. 238)

Il supporto genitoriale infatti è molto importante per l’educazione alla sana alimentazione rivolta all’infanzia (Pellai, 2001; Hindin et al., 2004; De Bourdeaudhuij et al., 2004; Guarino, 2008), e in taluni studi (Reynolds et al., 1999; Gattshall et al., 2008; Tildesley & Andrews, 2008) il comportamento dei genitori risulta predittivo per le intenzioni di comportamento salutare dei bambini. Secondo Petrillo e Caso (2008) la percezione da parte degli adolescenti della famiglia come sistema efficace per la tutela del loro benessere può contribuire a sviluppare in loro stessi una maggiore valorizzazione della salute e una più elevata autoefficacia in quest’ambito. Guarino (2008), rifacendosi alle *teorie dell’azione ragionata* (Fishbein & Ajzen, 1975) e del *comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986), considera le “norme sociali percepite” come le credenze sulla probabilità che gli altri supporteranno o approveranno il cambiamento di comportamento. Le norme sociali percepite, secondo tali teorie, influenzano direttamente l’intenzione comportamentale; dunque, il supporto genitoriale percepito, che rientra in tali norme, può contribuire a determinare il cambiamento di intenzione comportamentale dei bambini. La ricerca del supporto, inoltre, è tanto più intensa, quanto più il cambiamento comporta sforzo e sacrificio. Bandura (1997) sottolinea come uno tra i maggiori ostacoli al passaggio da un’abitudine non salutare ad una salutare sia il conflitto tra le conseguenze prossimali (immediate) e quelle distali (future) e il potere che le conseguenze prossimali esercitano sul presente. I cibi ad alto contenuto di grasso, spesso presentati come “buoni” dai messaggi dei mass media, stimolano una gratificazione immediata, mentre le conseguenze dannose per la salute si verificheranno solo in un indefinito futuro (Brug et al., 2008). Pertanto la rinuncia a tali tipi di cibi in favore, ad esempio, di una maggior assunzione di frutta e verdura, comporta per i bambini un sacrificio, che può essere affrontato con maggior efficacia se supportato dai genitori, in tal caso fungenti sia da incentivo all’azione (Klepp et al.,

⁵⁹ Nelle raccomandazioni in conclusione del rapporto redatto dalla Ulss 9 di Treviso riguardo all’indagine “Okkio alla salute 2010” si legge: “Le iniziative promosse dagli operatori sanitari, dalla scuola e dalle famiglie possono essere realizzate con successo solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica nella popolazione. Per questo la partecipazione e la collaborazione dei diversi Ministeri, di Istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, nonché dell’intera società, rappresenta una condizione fondamentale affinché la possibilità di scelte di vita salutari non sia confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, ma piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva” (Ministero della Salute & Ulss 9 Treviso, 2012, p. 41).

2005) sia da sostegno per la resistenza alla ricerca di gratificazioni immediate date dall'assunzione di alimenti poco sani (Zucconi & Howell, 2003).

Nell'ambito specifico del consumo di frutta e verdura, una ricerca di Young e colleghi (2004) dimostra che il supporto genitoriale percepito è un predittore dell'assunzione di questi cibi da parte dei ragazzi dagli 11 ai 13 anni ed è, a propria volta, moderato dalla disponibilità di frutta e verdura a casa. L'ambiente nutrizionale domestico risulta infatti correlato sia al supporto genitoriale strumentale, poiché sono i genitori stessi ad acquistare e a mettere a disposizione del figlio determinati cibi (Evans et al., 2006), sia al supporto genitoriale emotivo, poiché l'acquisto stesso di frutta e verdura da parte dei genitori ne conferisce valore (Neumark-Sztainer et al., 2003). Inoltre risulta particolarmente importante il supporto dei genitori attraverso l'incoraggiamento ai figli perché seguano una sana alimentazione, soprattutto dall'età prescolare alla fine dell'infanzia (Spurrier et al., 2008; Cullen et al., 2001). Cullen e colleghi (2000), attraverso uno studio qualitativo basato su focus group condotti con bambini e genitori, hanno riscontrato infatti che l'assunzione da parte dei genitori di alimenti non sani e la scarsa presenza di succo di frutta 100% frutta e di verdura a casa siano fattori negativamente correlati con il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, e pertanto raccomandano che gli interventi di promozione della salute coinvolgano la famiglia.

Autoefficacia. L'autoefficacia è la credenza personale nelle proprie capacità di affrontare e superare con successo difficoltà e compiti nuovi che ci si pongono in determinate situazioni, e Bandura (1997), come abbiamo visto, ha dimostrato, attraverso varie ricerche, che la percezione dell'efficacia personale influenza significativamente le intenzioni sia nell'adozione delle pratiche salutari sia nella modificazione dei comportamenti nocivi. L'autoefficacia influenza le intenzioni di comportamento anche in maniera indiretta, attraverso la motivazione. Infatti, tanto più le persone si sentiranno capaci di affrontare il cambiamento (nel nostro caso, alimentare), tanto più saranno motivate ad intraprendere le modifiche necessarie per raggiungere il nuovo obiettivo, e le persone con un senso di efficacia debole saranno quelle meno propense ad adottare pratiche preventive (Bandura, 1997). L'autoefficacia è contemplata come determinante psicosociale del comportamento rilevante per la salute anche nella *Teoria del comportamento pianificato* di Ajzen e Madden (1986), secondo cui influenza l'atteggiamento. Inoltre i risultati delle ricerche strutturate secondo i modelli che includono il costrutto di autoefficacia dimostrano “con notevole regolarità che il senso di efficacia personale è una determinante attendibile delle azioni rilevanti per la salute” (Bandura, 1997, p. 389).

Nell'ambito dell'*Health Promoting Media Literacy Education* figurano studi che hanno indagato l'autoefficacia di bambini e ragazzi rispetto a vari tipi di comportamenti in relazione alla salute, come ad esempio: assunzione di alcol o di fumo di tabacco (Kupersmidt et al., 2010), resistenza alle norme sociali condizionate dai media sull'immagine corporea (Neumark-Sztainer et al., 2000), resistenza alle pressioni dei pari riguardo al sesso (Pinkleton et al., 2012), gestione dei rapporti sessuali protetti

(Cicognani et al., 1997), consumo di frutta e verdura (Evans et al., 2006). In queste ricerche l'intervento di educazione mediale, sia con approccio *critical* che con approccio *production*, ha determinato un incremento dell'autoefficacia dei partecipanti.

Tali risultati appaiono particolarmente significativi se ci riferiamo nello specifico al consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, poiché diversi studi (Domel et al., 1996; De Bourdeaudhuij et al., 2004; Klepp et al., 2005a; O'Dea & Wilson, 2006) considerano l'autoefficacia come una tra le variabili psico-sociali più importanti, raccomandando che il suo incremento venga posto tra gli obiettivi da perseguire attraverso gli interventi di promozione della salute. Ad esempio, nel modello integrato includente i fattori considerati predittivi del consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, sviluppato da Klepp e colleghi (2005b) per il progetto europeo *Pro Children*, l'autoefficacia figura come determinante non solo del comportamento alimentare, ma anche delle abilità pratiche e delle abilità sociali (*practical and social skills*) dei bambini verso il consumo di frutta e verdura, che sono poste come mediatori delle intenzioni di comportamento. Nella ricerca di Reynolds e colleghi (2000) con bambini tra gli 8 e i 10 anni, è stato dimostrato che l'intervento di educazione alla sana alimentazione finalizzato al cambiamento di alcune variabili psicosociali, tra cui l'autoefficacia, ha determinato anche un cambiamento di comportamento da parte dei partecipanti in favore di un aumento del consumo di frutta e verdura.

Ambiente nutrizionale domestico. L'ambiente nutrizionale domestico può essere definito come “un dominio in cui agiscono interattivamente influenze relative all'ambiente naturale e artificiale, all'ambiente socioculturale e a quello politico economico. Ciascuno di questi ambienti contribuisce a definire l'ambiente nutrizionale domestico come il setting principale per la formazione dei comportamenti alimentari dei bambini e lo sviluppo dell'obesità [...] esso rappresenta un microcosmo del contesto ambientale generale in cui i bambini crescono, si nutrono e agiscono.” (Rosenkranz & Dziewaltowski, 2008, p. 123). L'ambiente nutrizionale domestico è considerato uno tra i principali fattori ambientali che, secondo diversi studi riferibili sia alla teoria socio-cognitiva (Reynolds et al., 1999; Baranowski et al., 2003a; Evans et al., 2006; Jago et al., 2007, Fitzgerald et al., 2010) sia alla teoria del comportamento pianificato (Anderson et al., 1998), maggiormente influenzano il consumo di frutta e verdura di adulti e di bambini.

In particolare, la presenza di determinati cibi a casa è un fattore correlato sia alla motivazione dei bambini verso il loro consumo (Perry et al., 1997; Kratt et al., 2000) sia alle loro preferenze alimentari (Birch, 1999; Blanchette & Burg, 2005; Brug et al., 2008). Thomson e colleghi (2010) sottolineano a tal riguardo il concetto di “familiarità” dei bambini con certi alimenti e la scarsa disponibilità che hanno ad assaggiare cibi non conosciuti o mai provati prima. Wardle e colleghi (2003) hanno condotto una ricerca quasi sperimentale (con pre e post test) relativa ad un intervento per favorire il consumo di frutta e verdura da parte di bambini tra i 6 e i 10 anni. I bambini sono stati suddivisi in tre gruppi: uno che durante l'intervento, oltre ad aver appreso informazioni sulla sana alimentazione, è stato “esposto” agli alimenti con la possibilità di assaggiarli; uno che

durante l'intervento ha potuto conoscere gli alimenti solo attraverso figurine e schede informative; uno di controllo. Ai partecipanti ai due interventi è stata data la possibilità di "familiarizzare" (o attraverso l'assunzione o attraverso la lettura di informazioni) con alimenti a loro poco noti come, in questo caso, i peperoni rossi. I ricercatori hanno misurato le variabili *preferenze* e *consumi* alimentari dei bambini verso i peperoni, riscontrando come il gruppo che aveva seguito l'intervento "con assaggi" abbia aumentato significativamente entrambe, e concludendo che la ripetuta esposizione a frutta e verdura favorisce nei bambini la familiarità con questi cibi e quindi la loro predisposizione ad assaggiarli e a consumarli (Wardle et al., 2003). Gli studi di Reynolds e colleghi (2000) e Kratt e colleghi (2004), entrambi riguardanti il consumo di frutta e verdura da parte di bambini tra gli 8 e 9 anni, riportano l'esistenza di una significativa associazione non solo tra la presenza di frutta e verdura a casa e il loro consumo da parte dei bambini, ma anche tra essa e il supporto dei genitori a tale consumo, raccomandando pertanto interventi sulla sana nutrizione che coinvolgano anche la famiglia. Cullen e colleghi (2003) definiscono la presenza di frutta e verdura a casa nei termini di una sua disponibilità e accessibilità da parte dei bambini, considerando la disponibilità come "la presenza di determinati cibi nell'ambiente di riferimento (ad esempio la presenza di carote nel frigorifero di casa o di cibi vegetariani nel menù di un fast food) [...], mentre l'accessibilità riguarda il fatto che questi cibi siano disponibili in una forma, in un luogo e in un tempo che ne faciliti il consumo (ad esempio carote già lavate e tagliate "ready to eat", pronte all'ora dello spuntino pomeridiano in una posizione dentro al frigorifero che sia accessibile al bambino, oppure le verdure cotte nel menù del fast food accompagnate da una salsa che le renda appetibili)" (Cullen et al., 2003, p. 616). La disponibilità e l'accessibilità di frutta e verdura a casa, nello studio di Cullen e colleghi (2003) realizzato con bambini di 9 anni, risultano entrambe correlate al loro consumo sia da parte dei bambini che dei genitori. Questi risultati sono confermati anche da una ricerca di Bere e Klepp (2005) su un gruppo di bambini di età media tra gli 11 e i 12 anni per indagare quali siano i fattori determinanti il consumo di frutta e verdura, i cui risultati dimostrano che in particolare l'accessibilità di questi alimenti a casa è il più forte predittore della loro assunzione da parte dei partecipanti.

Intenzioni di comportamento. "L'intenzione è una volontà personale, maturata attraverso il confronto con i propri modelli operativi interni e modulata a seconda dell'ambiente sociale in cui si agisce, di mettere in atto un comportamento" (Guarino, 2008, p. 43). Nella prospettiva socio-cognitiva di Bandura (1986), le intenzioni assumono un enorme valore in riferimento alla salute e sono, insieme alle credenze di autoefficacia, i più diretti predittori dell'effettiva adozione di comportamenti salutari. Dunque nei modelli socio-cognitivi le intenzioni sono una variabile di mediazione tra credenze e comportamento, inteso come esito di un processo decisionale. Nelle *Teorie dell'azione ragionata* (Fishbein & Ajzen, 1975) e del *comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986) le intenzioni determinano il comportamento, e a loro volta sono governate dagli atteggiamenti che, secondo Bandura (1997), vengono orientati dalle

aspettative di risultato su cui influisce l'autoefficacia. Inoltre secondo tali teorie, una componente fondamentale nella definizione delle intenzioni sono le norme sociali percepite, che possono declinarsi nel supporto genitoriale percepito da parte dei bambini. Infine, le intenzioni di comportamento vengono influenzate anche dalla motivazione, intesa come una risultante di vari fattori cognitivi (tra cui gli atteggiamenti e l'autoefficacia) e affettivi (tra cui il supporto sociale).

Diverse ricerche di *Health promoting media literacy education* dimostrano come l'intervento di educazione mediale possa contribuire significativamente al cambiamento delle *intenzioni* di comportamento relativamente all'acquisizione di uno stile di vita più salutare (Austin et al., 1995; 1997a; 1997b; 2005; Banerjee & Greene 2006; 2007; Kater et al., 2002). Le intenzioni di comportamento infine, secondo la maggior parte dei modelli teorici che affrontano la tematica della promozione della salute⁶⁰, sono considerate uno dei predittori chiave del cambiamento di comportamento e dunque una determinante psicologica (Petrillo & Caso, 2008) fondamentale per il processo che gli interventi educativi a favore di un miglioramento nello stile di vita intendono attivare.

Conoscenze e concezioni sulla salute e sui media. Le conoscenze e le concezioni o credenze vengono considerate tra i fattori determinanti i giudizi e i comportamenti e costituiscono un filtro significativo per la motivazione al cambiamento (Dweck, 2000). Pertanto si può ritenere, seguendo Zani e Cicognani (2000, p. 188), che “il focus principale dell'educazione alla salute è modificare i comportamenti o i fattori intrapersonali come gli atteggiamenti e le credenze che si ritengono mediare i comportamenti, allo scopo di migliorare la salute”.

Come si è visto, i fattori che determinano l'adozione di comportamenti di salute possono essere molteplici e variano da teoria a teoria e da modello a modello. Zani e Cicognani (2000) li hanno raggruppati in: fattori predisponenti, tra cui le credenze, le conoscenze e gli atteggiamenti; fattori facilitanti, che forniscono le risorse necessarie al cambiamento; fattori rinforzanti, come il sostegno sociale. Petrillo e Caso (2008), nella loro indagine sulle caratteristiche psicologiche e psicosociali e sugli stili di vita degli adolescenti, hanno verificato la sussistenza di una correlazione positiva tra il fattore *credenze*, sia soggettive (ovvero quelle proprie dell'individuo) sia normative (riferite agli “altri significativi”, come la famiglia, i pari, gli insegnanti), l'autoefficacia e le intenzioni di comportamento. Anche una ricerca di Turconi e colleghi (2008), sulle abitudini alimentari di studenti di 17 anni, considera le credenze relative alle abitudini sane e non sane e ai cibi sani e non sani come fattori che influenzano le scelte alimentari, e quindi anche il peso e l'indice di massa corporea. Gracey e colleghi (1996), in una ricerca con un campione di 400 studenti tra i 15 e i 16 anni, hanno dimostrato come le “misconcezioni” relative a determinati cibi influenzino il comportamento alimentare, e come tali misconcezioni siano alimentate dalla scarsità di conoscenze approfondite riguardo alla corretta alimentazione.

⁶⁰ Cfr. Cap. 1 par. 1.1.2.

Inoltre altri studi, tra cui quello di McGaffey e colleghi (2010), che ha coinvolto 165 bambini dai 9 ai 12 anni, focalizzato su interventi di educazione alla sana alimentazione finalizzati al cambiamento delle credenze, hanno rilevato come i partecipanti ad un intervento sulla corretta nutrizione abbiano modificato le loro conoscenze e concezioni riguardo ai temi legati all'obesità. Secondo una ricerca di Cox e colleghi (1998) sul comportamento alimentare dei ragazzi relativo in modo specifico al consumo di frutta e verdura, le credenze relative a tali alimenti hanno una forte associazione con gli atteggiamenti verso il loro consumo (che sono considerati un predittore delle intenzioni di comportamento).

Diversi studi considerano inoltre che gli interventi di promozione della salute che permettono ai bambini di approfondire le conoscenze relative alle caratteristiche di frutta e verdura per il benessere possano avere un'incidenza diretta sulla motivazione a consumare tali alimenti e quindi determinino in maniera indiretta il comportamento alimentare (Reynolds et al., 1999; De Bourdeaudhuij et al., 2004; Anderson et al., 2005; Brug et al., 2008). Trasmettere conoscenze su frutta e verdura, secondo una ricerca di Edwards e Hartwell (2002) con bambini dagli 8 agli 11 anni, favorisce la loro "familiarità" e il loro riconoscimento nei vari contesti (supermercato, casa, mensa scolastica, ristorante) e accresce la consapevolezza relativa al concetto di "dieta bilanciata" e alle raccomandazioni di salute (tra cui il consumo quotidiano di frutta e verdura) per seguirla, nonché un atteggiamento positivo verso la sana alimentazione. Inoltre una ricerca quasi sperimentale di Borys e Lafay (2000) ha dimostrato che le conoscenze acquisite dai bambini attraverso gli interventi di educazione alimentare possono contribuire a modificare le abitudini nutrizionali dell'intera famiglia.

Nell'ambito degli studi dell'*Health promoting media literacy education*, le ricerche considerano determinanti del comportamento di salute anche le conoscenze e le concezioni sui media, e in modo particolare sui meccanismi di persuasione relativi ai messaggi mediali e sulle loro finalità (Hobbs, 2004)⁶¹. Come abbiamo visto, ad esempio, una ricerca di Primack e Hobbs (2009) dimostra che le concezioni sui messaggi mediali relativi al fumo di tabacco sono significativamente correlate alla ridotta predisposizione verso il fumare, mentre una ricerca di Tanner e colleghi (2008) riporta risultati positivi in relazione da un accrescimento di conoscenze relative ai media e alla salute da parte dei bambini di 9 e 10 anni, che hanno partecipato ad un intervento finalizzato a promuovere il consumo di frutta e verdura. Inoltre i messaggi mediali possono a propria volta influenzare le conoscenze e le credenze di salute dei bambini, alimentando misconcezioni se veicolano contenuti poco chiari o devianti (Kunkel, 2001; Brown & Walsh-Childers, 2002), ma anche diffondendo una corretta informazione, soprattutto se realizzati da enti istituzionali per le campagne di salute (Rosen et. al, 2010).

Abilità di analisi critica e di espressione. Lo sviluppo dell'abilità di analisi critica e lo sviluppo dell'abilità di espressione, come abbiamo visto, costituiscono due degli

⁶¹ Cfr. Cap. 1 par. 1.3.2.

obiettivi principali dell'educazione mediale nei suoi approcci *critical* e *production* (Masterman, 1985; Buchingham, 2003)⁶², e nell'ambito della promozione della salute risultano entrambe particolarmente significative poiché la prima permette ai bambini e ai giovani di resistere alle influenze dei messaggi mediali che spesso propongono come positivi comportamenti che nella realtà sono definiti "a rischio" (Pellai, 2010) e la seconda li stimola ad essere essi stessi promotori, attraverso linguaggi con cui sono particolarmente in sintonia, di messaggi di salute (Kubey, 2005)⁶³.

Diverse ricerche (Hobbs, 2004; Hundley, 2004; Caronia, 2009; McCannon, 2009) dimostrano che gli interventi di educazione mediale favoriscono l'aumento delle capacità di analisi critica dei messaggi mediali da parte di bambini e adolescenti, e tale capacità ha un'influenza sui comportamenti di salute (Livingstone & Helsper, 2004).

Ricerche di Primack e colleghi (2006; 2009), hanno dimostrato, ad esempio, che il livello di alfabetizzazione mediale degli adolescenti è un fattore predittivo del loro comportamento e della loro predisposizione verso il fumo di tabacco, ovvero che gli adolescenti maggiormente "alfabetizzati" su una corretta fruizione dei messaggi mediali relativi al fumo di tabacco, sono quelli che desiderano smettere di fumare e che hanno una minor predisposizione verso il fumo. Austin e Johnson (1995; 1997a; 1997b) hanno riscontrato che un intervento di educazione mediale per la prevenzione dell'abuso di alcol da parte di bambini di 8 e 9 anni ha avuto effetti a breve e a lungo termine relativamente ad una miglior comprensione dell'immagine dell'alcol trasmessa dai mass media e ad una maggior consapevolezza riguardo a come questa immagine influisca sulle scelte dei consumatori, orientando le loro intenzioni di comportamento verso l'astenersi dal bere alcolici. Secondo Kupersmidt e colleghi (2010), una maggior capacità di analisi critica dei messaggi pubblicitari da parte dei bambini della *elementary school* contribuisce ad una diminuzione delle intenzioni di comportamento rispetto al fumo di tabacco e all'assunzione di alcol e ad una maggior autoefficacia rispetto all'azione di rifiuto di tali comportamenti.

Le ricerche sul fronte degli interventi di educazione mediale per la promozione della salute con approccio *production*, limitatamente a quelle da noi analizzate, non hanno misurato il fattore *abilità di espressione* mettendolo in relazione agli altri costrutti indagati, ma lo hanno assunto come una delle caratteristiche distintive dell'intervento stesso che ha contribuito alla sua efficacia, stimolando la motivazione e il coinvolgimento dei partecipanti (Banerjee & Greene, 2006; 2007). Nella ricerca di Croghan e colleghi (2004), ad esempio, studenti tra i 13 e i 17 anni hanno prodotto una campagna pubblicitaria di prevenzione al fumo, che da un lato è stata giudicata positivamente da una commissione di esperti, e dall'altro ha portato oltre la metà (94 su 164) dei giovani spettatori che ne hanno fruito ad iscriversi ai corsi per smettere di fumare, confermando indirettamente l'importanza dell'abilità di espressione degli studenti che hanno partecipato all'intervento di educazione mediale. Inoltre le ricerche sull'approccio *production* dell'educazione mediale per la promozione della salute (Cicognani et al., 1997; Keller e Brown, 2002; Croghan et al., 2004; Evans et al., 2006;

⁶² Cfr. Cap. 1, par. 1.2.2.

⁶³ Cfr. Cap. 1, par. 1.3.1 e 1.3.2.

Gonzales et al., 2004; Pinkleton, 2008; Tanner et al., 2008) sostengono che lo sviluppo dell'abilità di espressione favorisce in bambini e adolescenti non solo la creatività e una crescita dell'autostima che portano all'acquisizione di un maggior empowerment (Bergsma & Ferris, 2011), ma anche una miglior comprensione del funzionamento linguistico e produttivo dei messaggi mediali, arricchendo quindi, attraverso l'esperienza della produzione mediale, anche la loro abilità di analisi critica e accrescendo la loro capacità di una corretta fruizione dei media.

2.2. Interrogativi della ricerca e obiettivi

Collocandosi nell'ambito della *Health promoting media literacy education* e indagando il tema della sana alimentazione dei bambini all'interno dell'area problematica dell'obesità, la ricerca è mossa dai seguenti interrogativi:

- l'educazione mediale può favorire la promozione della salute?

E in particolare, il laboratorio di educazione mediale *production* può costituire un approccio metodologico efficace per un intervento di educazione alla sana alimentazione teso a promuovere il consumo di frutta e verdura come prevenzione dell'obesità?

La ricerca affronta tali quesiti ponendosi i seguenti obiettivi:

- sviluppare un intervento di “media education - production” per bambini di 10 anni e i loro genitori, con l'intento di incentivare il consumo di frutta e verdura da parte dei minori partecipanti, all'interno della più ampia cornice della sana alimentazione;
- verificare se l'intervento incida su:
 - a. *motivazione, supporto genitoriale percepito, autoefficacia e comportamento alimentare* dei bambini partecipanti riguardo al *consumo di frutta e verdura*,
 - b. *motivazione* verso una sana alimentazione da parte dei genitori partecipanti, *supporto* ai figli per un maggior consumo di frutta e verdura e *ambiente nutrizionale domestico* (definito in termini di *disponibilità e accessibilità* di frutta e verdura a casa);
- verificare l'esistenza di un legame tra le variabili psico-sociali di bambini e genitori considerate, l'ambiente nutrizionale domestico e il consumo di frutta e verdura (da parte dei bambini stessi), sulla base delle relazioni ipotizzate in base al determinismo reciproco tra fattori ambientali, fattori individuali e comportamento, definito dalla *teoria socio-cognitiva* di Bandura (1986):

- a. *motivazione, autoefficacia, supporto genitoriale percepito* influenzano il *comportamento* alimentare dei bambini partecipanti riguardo al *consumo di frutta e verdura*,
 - b. *motivazione* verso una sana alimentazione da parte dei genitori partecipanti, il loro *supporto* ai figli per un maggior consumo di frutta e verdura e *ambiente nutrizionale domestico* influenzano il *comportamento* alimentare dei bambini partecipanti riguardo al *consumo di frutta e verdura*;
- indagare, dopo la conclusione dell'intervento, le *conoscenze* e le *concezioni* dei bambini riguardo all'alimentazione e ai media, le percezioni sul loro *comportamento* attuale e le loro *intenzioni di comportamento* futuro riguardo al consumo di frutta e verdura, le *abilità di analisi critica* e di *espressione* riguardo ai prodotti medialti, e le loro *opinioni* in merito all'intervento.

2.3. Metodo

Alcuni aspetti di carattere metodologico sono stati definiti in collaborazione con la Prof.ssa Alexandra E. Evans del Michael & Susan Dell Center for Healthy Living. Division of Behavioral Sciences and Health Promotion – School of Public Health - University of Texas (USA), esaminando in particolare gli strumenti, questionari e focus group, utilizzati negli specifici studi di riferimento (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008).

La ricerca si avvale dunque di un metodo misto, che prevede uno studio quasi-sperimentale e la somministrazione di questionari da sottoporre ad analisi statistica di dati quantitativi e uno studio qualitativo su tre focus group da sottoporre ad analisi del contenuto.

Il contesto geografico in cui si è svolta la ricerca, e che ha determinato, come vedremo, uno dei criteri di selezione dei partecipanti, è il territorio della Ulss 9-Treviso. Tale Ente ha collaborato con la Scuola di Dottorato in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione dell'Università degli Studi di Padova per la realizzazione di questa ricerca attraverso la partecipazione attiva della Dottoressa Marina Mariot, pediatra di comunità del Distretto Socio-Sanitario n. 2 Paese-Villorba, e della Dottoressa Simona Dalla Pria del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) del Dipartimento di Prevenzione, che hanno fornito un loro apporto in fase di definizione degli strumenti e partecipato alla realizzazione dell'intervento.

2.3.1. Partecipanti

Come **partecipanti** si è deciso di coinvolgere bambini di 10 anni, che costituiscono il target diretto dell'intervento, concretizzato in un laboratorio di “media education -

production”, e uno dei loro rispettivi genitori, che costituiscono il target indiretto dell’intervento, poiché sono esposti ai prodotti mediali realizzati dai figli.

L’età dei bambini che hanno partecipato alla nostra ricerca è la stessa di quelli coinvolti nelle ricerche di riferimento di Evans et alii. (2006) e Tanner et alii. (2008), sia perché trattandosi di un intervento di educazione mediale riguardante principalmente la pubblicità, sappiamo che i bambini di tale età hanno già maturato le abilità cognitive per comprenderne la finalità commerciale (Story & French, 2004), sia perché è in questa età che sono necessari gli interventi di educazione mediale per attivarle (Livingstone & Helsper, 2006). Inoltre l’età dei tweens, che si colloca all’inizio dell’adolescenza è considerata “un’età a rischio per il sovrappeso e nello stesso tempo un’età in cui i bambini sviluppano una più ampia autonomia di comportamento e possono intraprendere cambiamenti di comportamento non salutari” (Burg et al. 2010, p. 277). I bambini di questa fascia d’età stanno sviluppando una crescente autonomia nel prendere le proprie decisioni (McGaffey et al., 2010), pertanto le abitudini alimentari che si stabilizzano in questo periodo della vita è probabile vengano mantenute anche a lungo termine (Turconi et al., 2008).

I genitori dei bambini mantengono comunque un ruolo fondamentale per il comportamento di salute dei propri figli, poiché possono mettere in atto una serie di meccanismi molto influenti come l’eliminare o stabilire barriere al cambiamento di comportamento, valorizzare comportamenti desiderabili e punire quelli non desiderabili, fornire concrete risorse per la realizzazione di determinati comportamenti, esercitare la propria autorità per sviluppare abilità di autocontrollo nei bambini (Birch & Fisher, 1998).

Sono stati selezionati quattro gruppi-classe di Scuola Primaria in base ai seguenti criteri:

- territorialità: comune di Treviso, data la partecipazione alla ricerca della Ulss 9-Treviso;
- analogo background rispetto ad attività di promozione della salute svolte in ambito scolastico, ovvero nessuna delle classi coinvolte avrebbe dovuto avere esperienze strutturate pregresse di educazione alla sana alimentazione e in particolare al consumo di frutta e verdura;
- caratteristiche socio-economiche simili;
- stesso numero di rientri pomeridiani, equivalente allo stesso numero di pasti settimanali consumati presso la mensa scolastica;
- disponibilità dei dirigenti scolastici ad individuare 4 classi quinte appartenenti a 4 scuole diverse (per evitare comunicazioni tra bambini e genitori delle diverse classi coinvolte), rispondenti ai criteri sopra elencati.

2.3.2. Disegno quasi-sperimentale e studio qualitativo

Per la realizzazione della ricerca si è adottato un metodo misto quanti-qualitativo con una prima parte di rilevazione dei dati secondo il disegno quasi-sperimentale, che rappresenta il *core component*, a cui è seguito uno studio qualitativo, basato su tre focus group, che costituisce il *supplementary component* (Morse et al., 2006).

Il **disegno quasi sperimentale** impiegato per la ricerca è a due gruppi (gruppo intervento e gruppo di controllo) e a tre misurazioni, pre-test, post-test e delayed post-test:

| | | | | |
|---|----|---|----|----|
| I | O1 | X | O2 | O3 |
| | | | | |
| C | O1 | | O2 | O3 |

Il disegno quasi-sperimentale è utilizzato dalla quasi totalità degli studi di *Health promoting media literacy education* (Bergsma e Carney, 2008), comprese le ricerche di riferimento (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008), poiché permette di evidenziare gli effetti della condizione sperimentale, nel nostro caso dell'intervento (X), sul gruppo a cui esso è rivolto, e che è stato denominato *gruppo intervento* (I), rispetto al *gruppo di controllo* (C), a cui non è assegnata alcuna condizione sperimentale, ovvero senza intervento. I due gruppi sono sottoposti a tre diverse osservazioni: una precedente rispetto all'inizio dell'intervento (O1), costituita dal pre-test, per verificare le condizioni *di base* dei due gruppi; una immediatamente successiva alla conclusione dell'intervento (O2), costituita dal post-test, per verificare l'esistenza di effetti dell'intervento a breve termine; una a tre mesi dalla conclusione dell'intervento (O3), costituita dal delayed post-test, per verificarne gli effetti a lungo termine.

A due delle classi selezionate per partecipare alla ricerca è stata attribuita la condizione sperimentale: ovvero i bambini ad esse appartenenti e uno dei rispettivi genitori sono stati coinvolti nell'intervento di educazione mediale per la promozione della salute proposto e non sono stati coinvolti in alcuna altra iniziativa scolastica o extrascolastica inerente la sana alimentazione durante il periodo di rilevazione dei dati per la ricerca (da O1 fino a O3).

Alle rimanenti due classi selezionate per partecipare alla ricerca è stata attribuita la condizione di controllo: ovvero i bambini ad esse appartenenti e uno dei rispettivi genitori non sono stati coinvolti nell'intervento di educazione mediale per la promozione della salute proposto e non sono stati coinvolti in alcuna altra iniziativa scolastica o extrascolastica inerente la sana alimentazione durante il periodo di rilevazione dei dati per la ricerca (da O1 fino a O3).

Le osservazioni O1, O2, O3 sono consistite nella somministrazione di un questionario:

- per i bambini, composto dalle seguenti scale: motivazione, supporto genitoriale percepito strumentale ed emotivo, autoefficacia, indice di frequenza del consumo di frutta e verdura;
- per i genitori, composto dalle seguenti scale: motivazione, supporto strumentale ed emotivo, indice dell'accessibilità e disponibilità di frutta e verdura a casa, check list sui consumi alimentari del figlio.

Le **ipotesi** formulate sono state le seguenti:

1. Una volta completato l'intervento, i bambini che lo hanno seguito (gruppo I) riporteranno punteggi significativamente più alti relativamente alla scala dell'autoefficacia, alla scala della motivazione, alla scala del supporto genitoriale percepito, all'indice di frequenza dell'assunzione di frutta e verdura e alla check list sul loro consumo di frutta e verdura, al post-test in confronto al gruppo di controllo (gruppo C).
2. Una volta completato l'intervento, i genitori dei bambini che vi hanno partecipato (gruppo I) riporteranno punteggi significativamente più alti relativamente alla scala della motivazione, alla scala del supporto e all'indice di disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, al post test rispetto ai genitori dei bambini del gruppo di controllo (gruppo C).
3. Dopo tre mesi dalla conclusione dell'intervento i bambini che lo hanno seguito (gruppo I) riporteranno punteggi significativamente più alti relativamente alla scala dell'autoefficacia, alla scala della motivazione, alla scala del supporto genitoriale percepito, all'indice di frequenza dell'assunzione di frutta e verdura e alla check list sul loro consumo di frutta e verdura, al delayed post-test in confronto al gruppo di controllo (gruppo C).
4. Dopo tre mesi dalla conclusione dell'intervento i genitori dei bambini che vi hanno partecipato (gruppo I) riporteranno punteggi significativamente più alti relativamente alla scala della motivazione, alla scala del supporto e all'indice di disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, al delayed post-test rispetto ai genitori dei bambini del gruppo di controllo (gruppo C).
5. L'autoefficacia, la motivazione e il supporto genitoriale percepito dei bambini e la motivazione e il supporto dei genitori e la disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa influenzano il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini stessi.

Lo **studio qualitativo** ha coinvolto i bambini del gruppo intervento (I) i quali, suddivisi in 3 sottogruppi, hanno partecipato a tre focus group (dopo la conclusione dell'intervento) sulle loro: conoscenze e concezioni sulla salute e sui media, cambiamento di comportamento alimentare, intenzioni di comportamento verso un maggior consumo di frutta e verdura, percezioni relative a rinforzi e ostacoli riguardo al consumo di frutta e verdura, abilità di analisi critica e di espressione in relazione ai prodotti mediatici, opinioni sull'intervento.

Lo studio attraverso lo strumento focus group ha avuto lo scopo di approfondire i temi sopra citati, considerati rilevanti per la ricerca, e di integrare e comprendere meglio i dati raccolti attraverso gli strumenti quantitativi.

2.3.3. Strumenti

I bambini partecipanti e appartenenti ai due gruppi (Intervento o Controllo) hanno compilato un questionario a risposta chiusa e somministrato tramite pre-test, post-test e delayed post-test, composto da tre scale e un indice, relativi alle 4 variabili indagate: autoefficacia in relazione al consumo di frutta e verdura, motivazione verso una sana alimentazione, supporto genitoriale percepito relativamente al consumo di frutta e verdura, e frequenza del consumo di frutta e verdura⁶⁴.

Autoefficacia

La scala utilizzata per misurare l'autoefficacia rispetto al consumo di frutta e verdura è stata validata negli Stati Uniti da Sallis et alii. (1988) e comprende 30 item relativi a determinati comportamenti da attuare in determinate situazioni (es. Mangiare frutta e verdura invece di patatine e salatini regolarmente per i prossimi sei mesi), a cui viene attribuito un punteggio da 1 (non sono per nulla sicuro di farcela) a 6 (sono molto sicuro di farcela).

Motivazione

La scala utilizzata per misurare la motivazione verso una sana alimentazione è stata validata negli Stati Uniti da Wilson et alii. (2002) e comprende 20 item relativi all'importanza data dal soggetto a determinati comportamenti (es. Mangiare cibi salutari tutti i giorni è molto importante nella mia vita quotidiana), a cui viene attribuito un punteggio da 1 (molto d'accordo) a 6 (per nulla d'accordo).

Supporto genitoriale percepito

Il supporto genitoriale percepito è misurato con l'utilizzo di due scale, una sul supporto emotivo validata negli Stati Uniti da Sallis et alii. (1987) e una sul supporto strumentale, in fase di validazione sempre negli Stati Uniti, ricavata sulla base di due precedenti scale validate (Barrera & Ainlay, 1983; Stokes & Wilson, 1984). La scala sul supporto emotivo consta di 16 item mentre quella sul supporto strumentale consta di 17 item relativi a determinati comportamenti che i genitori hanno osservato nell'ultimo mese (es. per il supporto emotivo: I tuoi genitori ti hanno incoraggiato a mangiare frutta e verdura se hai avuto la tentazione di non mangiarla; es. per il supporto strumentale: I tuoi genitori hanno organizzato pasti che avevano frutta e verdura che ti piacciono), a cui viene attribuito un punteggio da 1 (mai) a 5 (quasi ogni giorno).

Frequenza del consumo di frutta e verdura

L'indice per la rilevazione della frequenza del consumo di frutta e verdura, è stata validata in alcuni Stati europei (non in Italia) che hanno partecipato al progetto internazionale *Pro Chlidren* (Yngve et al., 2005). E' composto da 6 item che riguardano il consumo di: frutta, insalata, verdura cruda, patate, verdura cotta e succo di frutta

⁶⁴ Tutte le scale e gli indici che hanno composto il questionario per i bambini sono riportati nella versione italiana nell'allegato "Questionario bambini".

100% frutta (es. Quanto spesso mangi frutta fresca?), a cui viene attribuito un punteggio da 1 (mai) a 8 (tutti i giorni, più di due volte al giorno). L'item sulle patate è stato posto prima di quello sulla verdura cotta per evitare il *bias* dell'inclusione della patata tra le "verdure" cotte da parte dei bambini. Le risposte relative al consumo di patate non sono infatti oggetto di analisi dei dati.

I genitori partecipanti e appartenenti ai due gruppi (Intervento o Controllo) hanno compilato un questionario a risposta chiusa e somministrato tramite pre-test, post-test e delayed post-test, composto da due scale, un indice, e una check list, relativi alle 4 variabili indagate: motivazione verso una sana alimentazione, supporto ai comportamenti alimentari dei figli in relazione al loro consumo di frutta e verdura, disponibilità e accessibilità di frutta e verdura in casa, consumo di frutta e verdura da parte dei figli. Inoltre i genitori hanno risposto ad una serie di domande relative alla situazione socio demografica della famiglia, somministrate solamente in fase di pre-test⁶⁵.

Dati socio demografici della famiglia

Le condizioni socio-demografiche dei bambini e dei genitori partecipanti alla ricerca sono state rilevate tramite una serie di domande ricavate dal "family demographic questionnaire", impiegato nelle ricerche di riferimento (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008). Le variabili rilevate sono state: età del bambino, età del padre, età della madre, razza/etnia del bambino, numero degli adulti in famiglia, numero dei bambini in famiglia, titolo di studio della madre, titolo di studio del padre, stato civile del genitore partecipante alla ricerca (colui che compila il questionario), professione della madre, professione del padre, situazione occupazionale della madre, situazione occupazionale del padre, precedenti esperienze di educazione alla sana alimentazione del bambino.

Motivazione

La scala utilizzata per misurare la motivazione verso una sana alimentazione è stata validata negli Stati Uniti da Wilson et alii. (2002), e comprende 15 item relativi all'importanza data dal soggetto a determinati comportamenti (es. E' per me una priorità assicurarmi di mangiare sano tutti i giorni), a cui viene attribuito un punteggio da 1 (molto d'accordo) a 6 (per nulla d'accordo).

Supporto genitoriale

Il supporto genitoriale è stato misurato con una scala validata negli Stati Uniti da Dave e colleghi (2012). La scala è stata redatta adattando ai genitori gli item delle due scale utilizzate per misurare il "supporto genitoriale percepito" dei bambini, quella sul supporto emotivo validata da Sallis et alii. (1987) e quella sul supporto strumentale (Barrera & Ainlay, 1983; Stokes & Wilson, 1984). La scala consta di 33 item relativi a determinati comportamenti osservati nell'ultimo mese (es. per il supporto emotivo: Si è

⁶⁵ Tutte le parti del questionario nella versione italiana compilato dai genitori sono riportate nell'allegato "Questionario genitori".

complimentato con suo/a figlio/a per le sue abitudini alimentari; es. per il supporto strumentale: Ha comprato per suo/a figlio/a frutta e verdura che gli piacciono), a cui viene attribuito un punteggio da 1 (mai) a 5 (quasi ogni giorno).

Disponibilità e accessibilità di frutta e verdura in casa

L'indice per misurare la disponibilità e l'accessibilità di frutta e verdura in casa consiste in 9 item relativi alla presenza di tali alimenti in determinati luoghi (es. La scorsa settimana c'erano frutta e verdura a disposizione in cucina o in qualche posto in vista?), a cui viene attribuito un punteggio da 1 (sì ogni giorno) a 4 (mai). La disponibilità è misurata da 5 item di un indice validato negli Stati Uniti da Kratt e colleghi (2000), l'accessibilità è misurata da 4 item di un indice validato negli Stati Uniti da Hearn e colleghi (1998).

Check list "24 ore" per rilevare i consumi alimentari dei figli⁶⁶

La check list degli alimenti somministrata ai genitori per rilevare i consumi alimentari dei figli nell'arco di 24 ore non è stata ancora validata ed è stata redatta ad hoc per questa ricerca dalla Dott.ssa Simona Dalla Pria, dietista della Ulss 9 di Treviso, sulla base di studi precedenti (*Okkio alla Salute*, Ministero della Salute, 2010)⁶⁷. La check list comprende una lista dei principali alimenti generalmente consumati durante i tre pasti principali della giornata, ovvero colazione, pranzo e cena, e durante lo spuntino di metà mattina e la merenda di metà pomeriggio, con la possibilità di specificare inoltre se il bambino abbia mangiato anche dopo cena. Di ciascun alimento sono state specificate anche tre tipologie di porzione (piccola, media, grande), definite in base a: normativa della Regione Veneto - DGR475 del 20.10.2008 (normativa regionale in merito alla qualità nutrizionale della ristorazione scolastica), che disciplina la quantità corretta di ciascun alimento che dev'essere consumata da un bambino di classe quinta di Scuola Primaria durante i pasti principali pranzo e cena; studio "Okkio alla salute" in merito alla definizione delle quantità corrette di alimenti che un bambino di 9/10 anni dovrebbe consumare durante il pasto principale colazione e durante lo spuntino di metà mattina e la merenda di metà pomeriggio. Per ciascun pasto è stata inoltre predisposta una sezione per la specificazione dell'eventuale consumo di generi alimentari non compresi nella lista e di porzioni diverse alle tre tipologie contemplate dallo strumento d'indagine.

La check list è stata concepita come sostituto dello strumento "24 hour dietary recall", utilizzato dalla ricerca di Evans e colleghi (2006), e quindi è stato chiesto ai genitori di segnare i cibi con la relativa porzione, consumati dal figlio nelle 24 ore precedenti al momento della rilevazione. Per l'analisi dei dati sono state considerate solamente le porzioni di frutta e verdura consumate dai bambini.

⁶⁶ L'utilizzo di due strumenti che consentano la rilevazione della frequenza del consumo di frutta e verdura e la quantità assunta di tali alimenti è raccomandato da diverse ricerche sulla promozione della sana alimentazione dei bambini (Knai et al., 2006).

⁶⁷ Gli strumenti e i risultati completi dello studio "Okkio alla salute 2010", realizzato dall'Iran su commissione del Ministero della Salute del Governo italiano, non sono pubblicati ma in possesso dei responsabili delle Ulss, tra cui quelli che hanno collaborato alla realizzazione dello studio stesso.

Il focus group

Il focus group è stato strutturato sulla base delle *questioning route* delle ricerche di riferimento (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008), e della ricerca di Dixey et alii. (2001) sulle concezioni dei bambini riguardo alla sana alimentazione⁶⁸. Durante il focus group è stato inoltre somministrato ai bambini partecipanti un questionario sulle intenzioni di comportamento, secondo un approccio che integra elementi quantitativi e metodologie qualitative (Grimm et al., 2006), i cui item sono stati ricavati da una scala sulla frequenza del consumo di frutta e verdura dei bambini (Yngve et al., 2005) e da una scala sui fattori personali, sociali e ambientali che sono correlati al consumo di frutta e verdura, sviluppata e validata da De Bourdeaudhuij et alii. (2004). Il questionario, non ancora validato e predisposto ad hoc per questa ricerca consta di 6 item sulle intenzioni future dei bambini riguardo al consumo di frutta e verdura (es. Ho intenzione di mangiare più verdura fresca cruda in futuro), a cui viene attribuito un punteggio da 6 (molto d'accordo) a 1 (molto in disaccordo).

La struttura del focus group⁶⁹ ha previsto questa scansione: un primo blocco di domande (introdotte da un'immagine stimolo rappresentante un cesto di frutta e verdura) inerenti alle conoscenze e alle concezioni sulla sana alimentazione e al comportamento in relazione al consumo di frutta e verdura; un secondo blocco di domande (introdotte da un'immagine stimolo rappresentante il contrasto tra un hamburger in una foto pubblicitaria e uno in una foto che lo ritrae come viene servito al fast food) inerenti alle conoscenze e alle concezioni sui media; un terzo blocco di domande (introdotte da un'immagine stimolo rappresentate una newsletter realizzata dai bambini durante l'intervento) inerenti all'abilità di analisi critica e di espressione acquisite durante l'intervento; la somministrazione del questionario sulle intenzioni di comportamento; un quarto blocco di domande inerenti ai rinforzi esterni/interni e positivi/negativi riguardo al consumo di frutta e verdura; un ultimo blocco di domande sulle opinioni in merito all'intervento.

2.3.4 Versione italiana dei questionari: traduzione, adattamento e taratura

Le scale dei questionari per bambini e genitori non sono state validate in Italia, e dunque si è proceduto ad una traduzione e adattamento degli item al contesto italiano e ad una loro taratura tramite analisi statistica. La prima fase (traduzione e adattamento) è stata realizzata in collaborazione con: una traduttrice professionista (Dott.ssa Silvia Chiara), un'insegnante di Scuola Primaria supervisore ai tirocini del corso di laurea in Scienze della Formazione Primaria dell'Università degli Studi di Padova (Dott.ssa Cristina Calogero), una pediatra di comunità della Ulss 9 di Treviso esperta in

⁶⁸ Per la strutturazione del focus group sono stati consultati i manuali di Zammuner V.L. (2003) e di Vaughn S., Schumm J.S., Sinagub J.M. (1996) nella traduzione italiana curata da Limone P. (2003), e gli articoli riguardanti i focus group su tematiche di salute realizzati con bambini di Kennedy et alii. (2001), Fiates et alii. (2008), Horner (2000), Charlesworth & Rodwell (1997), Horowitz et alii. (2003).

⁶⁹ La scaletta del focus group è riportata dettagliatamente nell'allegato "Scaletta domande Focus Group".

alimentazione dei bambini (Dott.ssa Marina Mariot), una dietista del Servizio Igiene, Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione della Ulss 9 di Treviso esperta in alimentazione dei bambini (Dott.ssa Simona Dalla Pria) e 16 bambini di 9/10 anni (facenti parte di classi quarte, a.s. 2010/2011, di un paese in provincia di Treviso), che hanno compilato il questionario facendo proprie osservazioni, sollevando critiche, proponendo soluzioni. Dopo aver definito gli item della versione italiana delle scale, si è proceduto con la loro somministrazione a 100 bambini di 9/10 anni (frequentanti la classe quarta, a.s. 2010/2011), residenti nel centro di un medio comune della provincia di Treviso, e a uno dei rispettivi genitori (la somministrazione del questionario ai bambini è avvenuta in classe, mentre i genitori hanno ricevuto il questionario da compilare a casa tramite il figlio). Poiché tra le analisi previste, come vedremo, è stata inclusa anche quella dell'affidabilità test-retest attraverso la correlazione di Pearson, 36 dei 100 bambini e lo stesso genitore aderente alla ricerca, dopo 7 giorni hanno compilato nuovamente il questionario.

Dei 100 bambini e genitori che hanno partecipato a questo studio preliminare, 45 sono bambine e 55 bambini, 88 mamme e 12 papà. 90 bambini, al momento della rilevazione, avevano 10 anni, 4 avevano 11 anni e 9 bambini avevano 9 anni, mentre l'età media della madre era di 40 anni e quella del padre di 45 anni. 95 bambini su 100 erano italiani, 3 provenivano dall'Est Europa e 2 dal Sud America.

I dati raccolti sono stati quindi oggetto delle seguenti analisi statistiche: analisi fattoriale con rotazione varimax per ciascuna scala, alfa di Chrombach per ciascuna scala e ciascun fattore, correlazione di Pearson per fattore (affidabilità test-retest)⁷⁰. I risultati delle analisi, pur con i limiti dati dalla ridotta dimensione del gruppo di soggetti che hanno partecipato alla fase di taratura, hanno confermato quelli ottenuti nelle ricerche di riferimento (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008). Per interpretare la matrice ruotata dei fattori si è proceduto all'assegnazione di ciascun item ai fattori estratti, se riportava un valore pari o superiore a 0.30. Per l'analisi della correlazione di Pearson, è stata considerata sia la significatività della correlazione per fattore, sia l'affidabilità test-retest con accettabilità superiore a 0.55, considerato il gruppo esiguo di bambini e genitori che hanno compilato il re-test.

Nell'analisi fattoriale della scala della motivazione dei bambini è stata ritenuta adeguata la soluzione a un unico fattore, considerato anche il fatto che l'alfa di Chrombach di questo fattore è molto alta e pari a 0.87. La correlazione di Pearson è significativa con un'affidabilità test-retest pari a 0.60.

Nell'analisi fattoriale della scala del supporto genitoriale percepito è stata ritenuta adeguata la soluzione a due fattori, che sono stati identificati come "supporto genitoriale percepito strumentale - azioni", trattandosi di item riferibili a comportamenti dei genitori, e "supporto genitoriale percepito strumentale - informazioni", poiché gli item si riferiscono a spiegazioni o suggerimenti dati dai genitori ai figli. L'alfa di Chrombach

⁷⁰ Per le procedure metodologiche delle analisi statistiche previste per i dati di questa ricerca, sia nello studio preliminare sull'adattamento dei questionari al contesto italiano sia per la parte quasi-sperimentale, sono stati consultati i seguenti manuali: Corbetta et alii. (2001), Cottini (1999), Delvecchio (2004), Ercolani et alii. (2008), Migliore (2007), Viganò (1999).

del fattore “azioni” è pari a 0.82, mentre quella del fattore “informazioni” è pari a 0.76. La correlazione di Pearson per entrambi i fattori è significativa con un’affidabilità test-retest, per entrambi i fattori, pari a 0.78.

Nell’analisi fattoriale della scala del supporto genitoriale percepito emotivo è stata ritenuta adeguata la soluzione a 2 fattori, confermando i risultati dello studio di riferimento, il “supporto genitoriale percepito emotivo - positivo”, con alfa di Chrombach pari a 0.69 e il “supporto genitoriale percepito emotivo - negativo”, con alfa di Chrombach pari a 0.66. La correlazione di Pearson per entrambi i fattori è significativa con un’affidabilità test-retest del fattore “positivo” pari a 0.58 e del fattore “negativo” pari a 0.75.

Nell’analisi fattoriale della scala dell’autoefficacia è stata ritenuta adeguata la soluzione a un unico fattore con alfa di Chrombach pari a 0.94. La correlazione di Pearson è significativa con un’affidabilità test-retest pari a 0.84.

Nell’analisi fattoriale della scala motivazione dei genitori è stata ritenuta adeguata la soluzione a un unico fattore, che presenta un’alfa di Chrombach pari a 0.80. La correlazione di Pearson è significativa con un’affidabilità test-retest pari a 0.77.

Nell’analisi fattoriale della scala del supporto genitoriale strumentale è stata ritenuta adeguata la soluzione a 2 fattori, esattamente identici a quelli estratti dalla scala del supporto genitoriale percepito strumentale, ovvero il “supporto genitoriale percepito strumentale - azioni”, con alfa di Chrombach pari a 0.75, e “supporto genitoriale percepito strumentale - informazioni”, con alfa di Chrombach pari a 0.88. La correlazione di Pearson per entrambi i fattori è significativa con un’affidabilità test-retest del fattore “azioni” pari a 0.75 e del fattore “informazioni” pari a 0.79.

Nell’analisi fattoriale della scala del supporto genitoriale emotivo è stata ritenuta adeguata la soluzione a 3 fattori, denominati: “supporto genitoriale emotivo - incoraggiamento”, con alfa di Chrombach pari a 0.74; “supporto genitoriale emotivo - scoraggiamento”, con alfa di Chrombach pari a 0.74; “supporto genitoriale emotivo - modeling negativo”, con alfa di Chrombach pari a 0.84. La correlazione di Pearson per i 3 fattori è significativa con un’affidabilità test-retest del fattore “incoraggiamento” pari a 0.65, del fattore “scoraggiamento” pari a 0.56 e del fattore “modeling negativo” pari a 0.74.

2.3.5. Raccolta dei dati

La **raccolta dei dati** è stata strutturata secondo le seguenti procedure:

- Pre-test: settimana precedente all’intervento;
- Post-test: settimana successiva all’intervento;
- Delayed post-test: a 3 mesi dalla conclusione dell’intervento;
- Per i bambini: somministrazione test in classe;
- Per i genitori: somministrazione test durante un incontro organizzato ad hoc;
- Focus group con i bambini delle due classi del gruppo Intervento: a scuola, nella settimana successiva alla somministrazione del post-test.

I bambini e genitori delle 4 classi individuate sono stati invitati a partecipare alla ricerca tramite lettera di presentazione e sottoscrizione del consenso informato⁷¹. Sono stati contattati 40 bambini e 40 genitori per il gruppo sperimentale e 45 bambini e 45 genitori per il gruppo di controllo. Hanno aderito alla ricerca 40 bambini e 40 genitori per il gruppo sperimentale e 40 bambini e 40 genitori per il gruppo di controllo (5 genitori del gruppo di controllo non hanno sottoscritto il consenso informato).

Il pre-test⁷² è stato somministrato dalla dottoranda durante la settimana 26-30 settembre 2011. I questionari sono stati compilati in forma anonima ed è stato associato a ciascun questionario un codice identificativo, secondo la procedura utilizzata dallo studio “Occhio alla salute” e dagli studi di riferimento. La compilazione del pre-test da parte dei bambini è durata circa un’ora, mentre quella da parte dei genitori circa mezz’ora.

Per la somministrazione dei questionari ai genitori sono stati organizzati 4 incontri, uno per ciascuna classe partecipante, che si sono svolti al *Parco degli Alberi Parlanti*, un centro di educazione audiovisiva per l’infanzia gestito dall’Associazione *Gruppo Alcuni* a Treviso. All’incontro sono stati invitati bambini e genitori delle 4 classi partecipanti alla ricerca, che sono stati coinvolti in attività diverse. I bambini hanno partecipato ad un percorso educativo condotto da un’animatrice del Gruppo Alcuni, mentre i genitori, dopo aver compilato il pre-test, hanno seguito una relazione della Dott.ssa Marina Mariot della Ulss 9 - Treviso sull’importanza della condivisione dei pasti giornalieri tra genitori e figli (tale relazione non ha incluso riferimenti al consumo di frutta e verdura per evitare un’eventuale interferenza con l’intervento proposto). I genitori che non hanno potuto partecipare all’incontro hanno ricevuto il questionario a casa tramite il figlio.

L’intervento si è svolto nelle due classi considerate come “gruppo intervento” dalla prima settimana di ottobre alla seconda settimana di dicembre 2011, secondo il programma previsto.

Il post-test è stato somministrato nella settimana dal 12-16 dicembre 2011, secondo procedure analoghe alla somministrazione del pre-test. Durante l’incontro al *Parco degli Alberi Parlanti* i genitori delle classi del gruppo di controllo, dopo aver compilato il post-test, hanno seguito una relazione della Dott.ssa Marina Mariot sull’importanza dell’attività fisica per i bambini della fascia d’età dei loro figli, mentre i genitori del gruppo intervento, sempre in seguito alla compilazione del post-test, hanno assistito ad una presentazione delle attività svolte durante l’intervento da parte dei loro figli.

Il focus group è stato realizzato nei giorni 19 e 21 dicembre 2011 con 3 gruppi di bambini che hanno partecipato all’intervento, ed è stato condotto dalla dottoranda con un assistente. La durata del focus group per ciascun gruppo di bambini è stata di circa 45 minuti.

Il delayed post-test è stato somministrato nella settimana dal 12 al 17 marzo secondo procedure analoghe alla somministrazione del pre-test e del post-test. I genitori sia del gruppo intervento sia del gruppo di controllo, dopo aver compilato il post-test, hanno

⁷¹ La lettera di presentazione e il consenso informato sono riportati nell’allegato “Consenso informato”.

⁷² Per gli strumenti del pre-test, post-test e delayed post-test cfr. paragrafo 2.3.3.

assistito ad una relazione della Dott.ssa Marina Mariot sull'importanza del consumo di frutta e verdura da parte dei bambini della fascia d'età dei loro figli, poiché tale tema, trattato dopo l'ultima raccolta dei dati, non costituiva più un rischio di possibili interferenze con l'intervento e si è ritenuto che, trattandosi di una questione di primaria importanza per la salute del bambino, potesse essere oggetto di riflessione per tutti i genitori partecipanti alla ricerca.

La check list "24 ore" ha seguito le modalità di raccolta dei dati della "24h dietary recall" utilizzata dagli studi di riferimento, ovvero in due giornate random entro una decina di giorni l'una dall'altra per il pre-test, in due giornate random entro una decina di giorni l'una dall'altra per il post-test e in altre due giornate random entro una decina di giorni l'una dall'altra per il delayed post-test. L'analisi dei dati raccolti si è basata su un unico dato per il pre-test, un unico dato per il post-test e un unico dato per il delayed post-test, ricavato dalla media dei consumi tra le due giornate. Per il nostro studio la prima giornata di somministrazione della check list è coincisa con la giornata di compilazione dei test (pre-test; post-test; delayed post-test) da parte dei genitori, mentre la seconda somministrazione della check list è avvenuta in un giorno compreso tra il settimo e il decimo, dopo la prima rilevazione per ciascun test. I giorni sono stati definiti in modo da avere una rilevazione in un giorno non festivo in cui i bambini consumavano entrambi i pasti principali a casa (o comunque in contesto extrascolastico) e in un giorno in cui i bambini avevano consumato il pranzo presso la mensa scolastica. Tutte le classi partecipanti seguivano un orario settimanale dal lunedì al venerdì con tre giorni di rientro pomeridiano (e quindi tre pasti consumati presso la mensa scolastica).

2.4. Descrizione dell'intervento

L'intervento da noi progettato è stato strutturato sulla base dei contenuti – sana alimentazione e sviluppo di una campagna di comunicazione rivolta ai genitori – e della scansione temporale – 12 sessioni da 2 ore – previsti dall'intervento realizzato per le ricerche di riferimento (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008), ma con alcune modifiche finalizzate ad affrontare i limiti riscontrati in tali ricerche. L'intervento da noi proposto è stato infatti realizzato durante l'orario scolastico e in classe (questo consente di lavorare con bambini che già si conoscono e inoltre viene abbattuto il rischio di drop out), mentre nelle ricerche di riferimento è stato realizzato come corso pomeridiano ad iscrizione libera; le sessioni sono state distribuite su 10 settimane, anziché 6 come nelle ricerche di riferimento, permettendo ai genitori un maggior tempo di esposizione alla campagna di comunicazione; i prodotti da noi previsti sono stati un'affiche da appendere in cucina per 6 settimane, 6 newsletter settimanali e un video promozionale interamente realizzato dai bambini (dalla fase di ideazione a quella di montaggio), mentre durante l'intervento previsto dalle ricerche di riferimento i bambini partecipanti hanno realizzato un magnete, una tovaglietta, e divisi in sotto gruppi, una canzone, uno spot e un sito web.

E' stata mantenuta l'articolazione dell'intervento nelle tre fasi previste dalle ricerche di riferimento: fase 1 (2 sessioni nella stessa settimana) sulla formazione alla sana alimentazione; fase 2 (2 sessioni nella stessa settimana) sulla formazione alla comunicazione mediale; fase 3 (8 sessioni una volta alla settimana) sull'elaborazione di una campagna di comunicazione rivolta ai genitori⁷³.

La preparazione e la conduzione dell'intervento sono state curate dalla dottoranda in qualità di educatore mediale⁷⁴ e da un esperto di nutrizione della Ulss 9 di Treviso, che ha collaborato al progetto, la Dott.ssa Simona Dalla Pria del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (Sian) del Dipartimento di Prevenzione, già in passato coinvolta nel progetto "Alimenti in Salute" della Regione Veneto, alla cui realizzazione ha partecipato come coordinatore scientifico la Prof.ssa Laura Messina del Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Padova, supervisore di questa ricerca.

Nello specifico, le prime due sessioni, relative alla sana alimentazione, si sono focalizzate sui seguenti temi: "Conoscere le caratteristiche della sana alimentazione e il ruolo indispensabile di frutta e verdura nei diversi pasti della giornata, anche sfatando false credenze relative al tema nutrizionale" e "Diventare consapevoli del proprio stile alimentare, in relazione al consumo di frutta e verdura; conoscerne i benefici ed apprendere un atteggiamento positivo, curioso e disponibile a sperimentare nuovi vegetali e nuove occasioni per consumarli".

Nella seconda e nella terza sessione, che si sono concentrate sull'alfabetizzazione mediale, sono stati affrontati i seguenti temi: "Definire il significato di *media* (con particolare riferimento al nostro contesto e ai media stampa o web), e capire come i media influenzino la nostra cultura" e "Analizzare e valutare la comunicazione trasmessa da diversi tipi di messaggi medialità – pubblicità per la tv, stampata, o per il web – attraverso la comprensione dei loro linguaggi e delle loro *convenzioni*".

Queste prime due fasi dell'intervento, propedeutiche alla fase laboratoriale, sono state svolte secondo modalità partecipative e interattive: gli alunni sono stati coinvolti sia in giochi sotto forma di quiz e di indovinelli sulla sana alimentazione, sia nella realizzazione del packaging di una scatola di cereali e di fotografie pubblicitarie su frutta e verdura, con relativa presentazione alla classe e discussione sulle strategie comunicative utilizzate.

La scelta dei prodotti medialità da far realizzare ai bambini durante la terza fase è stata determinata da diverse ragioni. Innanzitutto la creazione di un'affiche, di sei newsletter settimanali e di uno spot per la tv ha permesso ai bambini di confrontarsi con tre diversi linguaggi e con tre diverse modalità espressive, ciascuna organizzata secondo propri codici comunicativi ma aventi lo stesso scopo promozionale, ovvero l'incentivare il consumo di frutta e verdura, e lo stesso target, cioè i genitori. Inoltre i bambini hanno potuto sperimentare varie tecniche: dal disegno con pastelli, pennarelli, acquarelli e tempere al collage per realizzare l'affiche; la composizione digitale di una slide power

⁷³ L'articolazione per esteso di ciascuna sessione dell'intervento è riportata nell'allegato "Articolazione dell'intervento".

⁷⁴ La dottoranda ha conseguito il Master in "Educazione Audiovisiva e Multimediale" presso l'Università degli Studi di Padova ed esercita la professione di educatore mediale per enti pubblici e privati dal 2005.

point con un titolo, un testo, una foto e uno slogan finale, per la creazione delle newsletter; il disegno di uno storyboard, la ripresa con videocamera digitale e il montaggio attraverso il software windows movie maker per la realizzazione dello spot per la tv.

Le newsletter settimanali, inviate nella posta elettronica dei genitori la terza settimana dell'intervento e dalla quinta alla nona, hanno trattato ciascuna la promozione di frutta e verdura dei singoli 5 gruppi di colori definiti dalla campagna del Ministero della Salute (2011) "Mangia a colori! Frutta e verdura, 5 porzioni al giorno", e del succo di frutta 100% frutta. La newsletter viene considerata uno dei prodotti mediiali maggiormente utilizzati nelle campagne di promozione della salute indirizzate agli adulti (Grimm et al., 2006), viene impiegata anche negli interventi finalizzati al consumo di frutta e verdura (Anderson et al., 2005) e appartiene alle modalità di diffusione delle informazioni via web, che, secondo una ricerca di Kami e colleghi (2008), rappresenta il mezzo più efficace per migliorare la "nutrition literacy" delle madri di bambini in età scolare (e le madri sono il genitore che ha aderito in misura nettamente maggiore rispetto al padre alla nostra ricerca). Le newsletter realizzate dai bambini che hanno partecipato all'intervento da noi proposto hanno promosso frutta e verdura di stagione (autunno e inverno), come ad esempio fichi, arance, mandarini, mele, frutti di bosco, radicchio, oppure alimenti che i bambini stessi hanno ritenuto non essere solitamente molto consumati in famiglia, come il porro e il cavolo, esaltandone le qualità nutrizionali, il gusto, e proponendo ricette e modalità di preparazione che li rendessero appetibili⁷⁵.

L'affiche è stata invece portata a casa dai bambini nella quarta settimana dell'intervento, con la richiesta che venisse affissa in qualche posto in vista in cucina perché bambini e genitori potessero esserne esposti per 6 settimane prima della somministrazione del post test. L'esposizione a immagini di frutta e verdura nel luogo dove frutta e verdura dovrebbero essere disponibili e accessibili è tra i fattori che possono esercitare un'influenza sul loro consumo (Reynolds et al., 1999; Blom Hoffman, 2008). Le affiche disegnate dai bambini che hanno partecipato al nostro intervento sono state composte da un'immagine, un logo e uno slogan, e hanno riguardato: la pubblicizzazione di frutta e verdura di stagione (ad esempio zucche, pomodori e mele), mettendone in risalto le caratteristiche nutrizionali come ad esempio la presenza di vitamine, oppure puntando su aspetti emotivi come la felicità che si prova nel consumarle; la promozione di uno stile di vita sano, simboleggiato dall'immagine di una bicicletta (che rappresenta l'attività fisica) realizzata mettendo insieme le figure di diversi frutti e verdure che devono far parte dell'alimentazione ordinaria delle persone; la promozione del consumo quotidiano di cinque porzioni di frutta e verdura, suggerendo anche quali frutti e verdure mangiare durante i pasti principali e gli spuntini⁷⁶.

Il video spot per la tv è stato consegnato dai bambini ai genitori nell'ultima settimana dell'intervento poiché la sua produzione ha comportato varie fasi, dall'ideazione alla

⁷⁵ Esempi di newsletter realizzate si trovano nell'allegato "Esempi di newsletter".

⁷⁶ Esempi di affiche realizzate si trovano nell'allegato "Esempi di affiche".

stesura dei dialoghi e delle indicazioni di regia, dalle riprese al montaggio, ciascuna delle quali ha previsto un output (soggetto, storyboard, girato grezzo, video confezionato) interamente realizzato dai bambini. Particolare attenzione è stata rivolta al disegno dello storyboard, che rappresenta la fase cruciale in cui i bambini devono tradurre la loro idea in una sequenza di immagini, passando dalla forma verbale del soggetto dello spot a quella grafica degli schizzi delle riprese che dovranno essere realizzate successivamente. Cox (2008) sottolinea infatti come attraverso la stesura dello storyboard i bambini comprendano in modo chiaro come il linguaggio audiovisivo “costruisca” una realtà, acquisendo una migliore capacità critica nei confronti dei messaggi televisivi, soprattutto pubblicitari. I bambini che hanno partecipato all’intervento da noi proposto hanno realizzato due video che si sono focalizzati sulla problematica relativa al consumo di frutta e verdura in momenti e in luoghi in cui tale consumo è risultato particolarmente difficile in base alle proprie esperienze personali, ovvero durante la merenda di metà pomeriggio, durante le gite scolastiche o al ristorante, proponendo soluzioni per favorire tale consumo anche in quelle determinate situazioni. I claim dei due spot per la tv prodotti sono stati: “per frutta e verdura a merenda non c’è scusa che tenga” e “anche in gita e al ristorante, mangiare frutta e verdura è importante”.

La realizzazione dei prodotti mediali è stata finalizzata all’avvio di quel processo “che non è solo motivante per i bambini e permette loro di meglio comprendere informazioni astratte, ma favorisce l’identificazione di un significativo riferimento alla propria esistenza e alle proprie azioni (per esempio le abitudini alimentari) da parte dei bambini stessi” (Winkler et al., 2007, p. 2162). Tutte le attività laboratoriali sono state svolte secondo le modalità proprie dell’educazione mediale con approccio *production* (Messina 2004; 2007a), che prevedono, come abbiamo visto, la massima partecipazione degli alunni alla realizzazione dei prodotti mediali, attraverso la metodologia del lavoro di gruppo, con l’apporto dei conduttori dell’intervento in qualità di *scaffolder*.⁷⁷

Dopo le prime due settimane in cui si è svolto l’intervento sono stati inoltre affidati agli alunni dei compiti per casa da svolgere con i genitori, come nell’efficace progetto “Gimme 5. Fruit and vegetable for fun and health” che ha coinvolto bambini di classe quarta e quinta della *primary school* ed ha riscontrato una numerosa partecipazione dei genitori alle attività di promozione della salute proprio attraverso la condivisione dei compiti per casa dati al figlio (Davis et al., 2000). Questa strategia segue la raccomandazione secondo cui “un approccio valido non deve solo informare sui rischi, ma deve anche essere fondato sul principio della ‘formazione attiva e partecipata’ del soggetto e di chi ne è predisposto alla cura (genitori, ecc...)” (Petrillo e Caso, 2008, p. 108).

Come primo compito per casa, tra la quinta e la sesta sessione, è stato chiesto agli alunni di compilare per una settimana con l’aiuto dei genitori un “mini diario alimentare”, in cui dovevano essere riportati giorno per giorno, i consumi di frutta, verdura e succo al 100% frutta nei principali pasti della giornata. Questo compito aveva

⁷⁷ Cfr. Cap. 1, par. 1.2.2.

l'obiettivo di far acquisire ai bambini una maggior consapevolezza riguardo ai loro consumi alimentari e di farli riflettere sulla loro aderenza alle raccomandazioni ministeriali relative all'assunzione di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura. Nell'incontro successivo alla consegna del compito, infatti, è stato proposto agli alunni di stabilire, ciascuno secondo le proprie possibilità, un personale obiettivo di salute che ravvicinasse le proprie abitudini alimentari alla situazione ottimale di consumo di frutta e verdura. Stabilire un obiettivo è una condizione motivante, specie per i bambini, che favorisce il conseguimento dello scopo di un intervento finalizzato all'incremento del consumo di frutta e verdura, come dimostrato dallo studio di Cullen e colleghi (2004).

Tra la sesta e la settima sessione è stato chiesto agli alunni di compilare una scheda relativa ai 5 colori di frutta e verdura identificati nella campagna "Mangia a colori" (Ministero della Salute, 2011), ovvero bianco, verde, rosso, blu-viola e giallo-arancio. I bambini dovevano elencare, con l'aiuto dei genitori, il maggior numero di frutta e verdura conosciuta per ciascun colore. L'obiettivo del compito era quello di richiamare alla memoria dei bambini le loro conoscenze in relazione all'esistenza di determinati frutti e verdure, suscitando in loro curiosità per quelli non ancora mai assaggiati e renderli maggiormente partecipi alla realizzazione delle newsletter settimanali sui diversi colori di frutta e verdura. Nell'incontro successivo rispetto alla consegna del compito, infatti, ciascun bambino ha proposto a voce alta il proprio elenco e sono state stimulate riflessioni relative al fatto che molti bambini avevano proposto gli stessi frutti e verdure, mentre in realtà ne esistono molti altri a cui non avevano pensato, poiché si tratta di cibi raramente incontrati. I bambini che avevano elencato frutti e verdure non compresi negli elenchi dei compagni hanno fornito descrizioni e informazioni ad essi relative. Per tutte le restanti sessioni è stato chiesto agli alunni, come compito per casa, di procurare i materiali scenici necessari alla realizzazione del video (es. cibi, accessori, vestiti), o al montaggio dello stesso (es. musiche).

Ogni sessione è stata caratterizzata da un tempo, determinato in 15 minuti circa, da dedicare all'assaggio collettivo di frutti offerti dall'Organizzazione Produttori Ortofrutticoli "Veneto", entrata come partner privato nel progetto di ricerca. Ogni settimana è stato proposto un frutto fresco di stagione, in accordo con le raccomandazioni del Sian della Ulss 9 - Treviso, secondo il seguente ordine: pesca, mela gialla (golden), pera (william), uva bianca, mela rossa (stark), uva nera, mela verde (granny smith), banana, clementina, arancia. I bambini potevano manipolare il frutto, assaggiarlo e gustarlo con gli occhi aperti e chiusi, per poi descriverlo, poiché sapevano che, secondo le procedure previste dal marketing, è necessario conoscere bene le caratteristiche del prodotto da pubblicizzare, per poterle valorizzare e rendere più efficace la campagna di comunicazione su tale prodotto (Sambri & Pegan, 2003). Inoltre, come abbiamo visto, molte ricerche raccomandano l'esposizione dei bambini a frutta e verdura, considerandola una delle determinanti principali per il suo consumo (Domel & Thompson, 2002; Cullen et al., 2003; Wardle et al., 2003; Thomson et al., 2010).

Il docente che ha ospitato il progetto durante le proprie ore d'insegnamento nella classe che ha aderito alla ricerca, ha assunto il ruolo di osservatore esterno,

assecondando un duplice scopo. Innanzitutto la sua presenza, pur necessaria per motivi di sicurezza legati all'ordinamento scolastico, avrebbe dovuto interferire il meno possibile con lo svolgimento delle attività previste dall'intervento per annullare il bias della variabile interveniente nel disegno quasi-sperimentale, legata alle sue modalità di gestione della classe, che avrebbero potuto influenzare l'andamento dell'intervento stesso e quindi i risultati della ricerca. Inoltre è stato chiesto all'insegnante, durante tutte le sessioni, di compilare una griglia di osservazione, desunta da quella predisposta dagli studi di Evans e colleghi (2006) e Tanner e colleghi (2008), con lo scopo di monitorare le varie fasi dell'intervento per valutarne, di volta in volta, le eventuali criticità, i punti di forza e la fattibilità in relazione ai tempi, alle modalità di svolgimento delle attività, e alle reazioni dei bambini⁷⁸. La griglia di osservazione è stata finalizzata unicamente ad uso interno dei conduttori dell'intervento, e quindi non è stata sottoposta ad analisi. Possiamo tuttavia riportare che i tempi previsti per svolgere le attività programmate in ciascuna sessione sono stati sostanzialmente rispettati e i bambini hanno partecipato a tutte le fasi dell'intervento con attenzione, entusiasmo e partecipazione.

L'articolazione del progetto ha inoltre soddisfatto le indicazioni, suggerite da Dovigo (2009), per favorire il successo di interventi di promozione della salute svolti in ambito scolastico, tra le quali: il coinvolgimento reale di diversi stakeholders, che nel nostro caso sono stati rappresentati dal mondo universitario, quello della scuola, i genitori, l'Azienda sanitaria locale e i produttori ortofrutticoli; la valorizzazione dei risultati raggiunti al fine di mantenere alta la motivazione dei partecipanti, che per il nostro intervento è avvenuta attraverso la presentazione dei bambini ai propri genitori dell'esperienza del laboratorio di educazione mediale, durante il secondo incontro al *Parco degli Alberi Parlanti*; l'implementazione di un sistema di monitoraggio e valutazione, che per la nostra ricerca si è configurato nella predisposizione della griglia di osservazione per gli insegnanti e nell'analisi dei risultati dei test di bambini e genitori che hanno partecipato all'intervento. Sul fronte più propriamente legato agli approcci metodologici dell'intervento si può riscontrare una aderenza con quanto afferma Pietrantonio (2001, p.106): "i programmi più efficaci sono quelli composti da almeno tre o quattro sessioni, orientati all'acquisizione di abilità e non solo all'erogazione di informazioni, basati su tecniche interattive-esperienziali, e adattati al livello evolutivo del target".

Infine, per assicurarsi che i genitori fossero stati effettivamente esposti alla campagna mediale realizzata da figlio durante l'intervento, è stato loro chiesto tramite questionario, in fase di somministrazione del post-test, se avessero affisso il cucina l'affiche, e l'avessero ivi lasciata per tutta la durata dell'intervento, avessero letto le sei newsletter e avessero visionato lo spot per la tv. Tale strumento è stato predisposto ad uso interno dell'equipe di ricerca e quindi non è stato sottoposto ad analisi dei dati, possiamo tuttavia riportare che i genitori hanno, per la quasi totalità (24 su 27), letto e commentato con il figlio tutte le newsletter ed esposto l'affiche in cucina per l'intera durata dell'intervento e, per la totalità (27 su 27), visionato lo spot per la tv.

⁷⁸ La griglia di osservazione è riportata nell'allegato "Griglia di osservazione dell'intervento".

2.5. Analisi dei dati e discussione dei risultati

L'analisi dei dati ha seguito procedure concordate, oltre che con il supervisore della ricerca, Prof.ssa Laura Messina, con la Prof.ssa Alexandra Evans e la Prof.ssa Ranijt Nalini, docenti nella divisione di "Health Promotion & Behavioral Sciences" alla School of Public Health - Austin Regional Campus della University of Texas (USA), che hanno dato un loro contributo alla ricerca. Le stesse tre docenti hanno inoltre collaborato alla discussione dei risultati.

2.5.1 Analisi dei dati

Per quanto riguarda i dati quantitativi, con l'uso del software SPSS versione 19, sono state effettuate preliminarmente: l'analisi delle frequenze delle variabili socio demografiche per ciascun gruppo (I e C), l'analisi fattoriale confermativa con rotazione Varimax per ciascuna scala, l'analisi dell'Alfa di Cronbach per ciascuna scala e ciascun fattore per verificarne la consistenza interna in relazione a questo specifico gruppo di partecipanti, l'analisi della media, della deviazione standard e del range delle risposte per ciascuna scala e ciascun fattore in relazione a questo specifico gruppo di partecipanti.

Successivamente è stata eseguito il Chi-Square test per verificare l'eventuale disomogeneità tra i due gruppi, intervento e controllo, riguardo a ciascuna variabile ritenuta significativa nel determinare differenze relative al consumo di frutta e verdura (Evans et al., 2006): sesso dei bambini e sesso dei genitori partecipanti alla ricerca, età dei bambini, nazionalità dei bambini, indice di massa corporea (BMI) dei bambini⁷⁹, numero di adulti in casa, precedenti esperienze di interventi di educazione alimentare avute dai bambini.

Una volta attestata l'omogeneità dei due gruppi si è proceduto con l'analisi del T-test per campioni indipendenti sulle risposte del pre-test di bambini e genitori per verificare che non vi fossero differenze significative *alla base* tra il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo.

Attestata la non significatività statistica delle differenze tra due gruppi (I e C) alla base è stata svolta l'analisi del T-test per campioni indipendenti sulle differenze tra post e pre-test e sulle differenze tra delayed post e pre-test, per ciascuna scala e ciascun fattore, e per gli indici, al fine di rilevare l'eventuale differenza degli effetti dell'intervento tra i due gruppi (I e C) sia di bambini che di genitori, come previsto dalle ipotesi 1,2,3,4 della ricerca, relative all'incidenza dell'intervento stesso, subito dopo la sua conclusione e dopo tre mesi dalla sua conclusione sulle variabili psico-sociali di

⁷⁹ Per il calcolo del BMI ciascun bambino è stato pesato e misurato in altezza dalla dottoranda, avvalendosi di strumentazioni e seguendo procedure impiegate per lo studio "Okkio alla Salute 2010", a fine settembre, prima dell'inizio dell'intervento. Il BMI è stato in seguito calcolato dalle dietiste del Sian della Ulss 9 – Treviso, che per la determinazione del range di valori sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso, hanno fatto riferimento ai *cut off points* di Cole e colleghi (2000).

bambini e genitori, sull'ambiente nutrizionale domestico e sul comportamento alimentare dei bambini, nei termini di consumo di frutta e verdura⁸⁰.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati desunti dalla "check list 24 ore" dei consumi di frutta e verdura, si è proceduto con il calcolo delle porzioni di frutta e verdura consumate dai bambini nei due giorni random in cui sono stati rilevati i dati ed è stata fatta una media tra i due valori ottenuti, in modo da avere un unico dato per il pre-test, il post-test e il delayed post-test relativo ai consumi. In seguito è stata svolta l'analisi del T-test per campioni indipendenti sulle differenze tra post e pre-test e sulle differenze tra delayed post e pre-test per rilevare l'eventuale differenza degli effetti dell'intervento tra i due gruppi (I e C) sia di bambini che di genitori, secondo la procedura adottata per le scale e gli indici delle altre variabili.

E' stata svolta l'analisi della regressione gerarchica multipla con metodo stepwise per valutare l'esistenza di relazioni significative tra tutte le variabili psicosociali indagate (relative sia ai bambini che ai genitori), la disponibilità e l'accessibilità di frutta e verdura a casa e il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, come previsto dall'ipotesi 5 della ricerca⁸¹. L'analisi è stata eseguita considerando il pre-test di tutti i partecipanti insieme, senza una distinzione nei due gruppi. Per il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, nell'analisi della regressione gerarchica multipla sono stati considerati i dati relativi all'indice di frequenza dei consumi (e non i dati della check list), in quanto si tratta di uno strumento già validato a livello europeo, a differenza della check list che è stata predisposta ad hoc per questo studio e non è stata ancora validata.

I tre focus group sono stati audioregistrati e trascritti verbalmente, per poi essere trattati, in fase di analisi, come un unico testo. L'analisi dei focus group, condotta con il software Atlas.ti versione 5, ha incluso: l'analisi del contenuto per la determinazione delle famiglie di codici e l'analisi delle co-occorrenze per investigare le relazioni tra le famiglie di codici rilevate.

2.5.2. Discussione dei risultati

I test sono stati somministrati a 40 bambini e 40 genitori per il gruppo intervento e 40 bambini e 40 genitori per il gruppo di controllo. Durante la fase di somministrazione sono emerse difficoltà nella compilazione dei questionari da parte di 3 bambini del gruppo intervento e di 2 bambini del gruppo di controllo in quanto di origine straniera e non ancora in grado di comprendere appieno il significato degli item espressi in lingua italiana. Questi bambini hanno comunque compilato i test con l'aiuto dell'insegnante, ma le loro risposte sono state escluse dall'analisi dei dati. Per la non capacità di comprensione degli item espressi in lingua italiana anche 10 genitori stranieri del gruppo intervento e 5 genitori stranieri del gruppo di controllo hanno compilato il

⁸⁰ Cfr. par. 2.3.2.

⁸¹ Cfr. par. 2.3.2.

questionario con l'aiuto di terze persone, ma le loro risposte sono state escluse dall'analisi dei dati.

Per omogeneizzare le coppie bambino-genitore partecipanti allo studio, sono stati inclusi nell'analisi dei dati soltanto le scale, gli indici e le check list, correttamente compilati da entrambi i soggetti (bambino e genitore) appartenenti alla stessa coppia. Pertanto sono stati esclusi 13 bambini e 13 genitori dal gruppo di intervento e 7 bambini e 7 genitori dal gruppo di controllo, e sono stati considerate nell'analisi statistica dei dati le risposte di 27 bambini e 27 genitori del gruppo intervento e di 33 bambini e 33 genitori del gruppo di controllo. Non si è verificato il fenomeno del drop out e il numero di partecipanti che ha compilato sia il pre-test, che il post-test e il delayed post-test è rimasto il medesimo.

Il gruppo intervento dei bambini era composto da 8 bambine e 19 bambini, di cui 25 avevano 10 anni, uno 9 e uno 11, mentre il gruppo di controllo dei bambini era composto da 17 bambine e 16 bambini, di cui 29 di 10 anni, 3 di 9 anni e 1 di 11 anni. Il gruppo intervento era formato per il 90% da bambini italiani e per il 10% da bambini stranieri, mentre il gruppo di controllo era formato dal 94% di bambini italiani e dal 6% di bambini stranieri. Nel gruppo intervento l'85% dei bambini era normo peso mentre il 15% registrava un eccesso ponderale e nel gruppo di controllo il 67% dei bambini era normo peso mentre il 23% registrava un eccesso ponderale. Tali differenze, che possono apparire evidenti poiché il gruppo di partecipanti è di numero esiguo, non sono tuttavia statisticamente significative, come evidenziato dalle analisi del Chi-Square test, e in alternativa del Fisher exact test, riportate nella Tabella 1 (Informazioni descrittive sui partecipanti).

La percentuale di madri che hanno compilato i test nel gruppo intervento e nel gruppo di controllo è pressoché il medesimo e si attesta tra l'88 e l'89 %. Tale dato ci conferma che nel territorio in cui si è svolta la ricerca sono soprattutto le madri a prendersi cura dell'alimentazione dei figli, poiché era stato espressamente invitato a partecipare alla ricerca il genitore maggiormente coinvolto nell'organizzazione dei pasti della famiglia. Poiché diversi dei genitori partecipanti sono risultati essere separati o divorziati, si è deciso di includere tra le variabili che potessero assumere il ruolo di *confunder* nell'analisi dei dati anche il numero di adulti in casa, che per il gruppo d'intervento corrisponde a 2 nel 59% delle famiglie, a 1 nel 30% e a più di due nel restante 11%, mentre per il gruppo di controllo corrisponde a 2 nel 79% delle famiglie, a 1 nel 9% e più di 2 nel 12%, ma anche tali differenze tra i due gruppi non sono risultate statisticamente significative.

L'unica variabile ad aver riportato una significatività pari a 0.000 è quella relativa alle precedenti esperienze di educazione alimentare avute dal bambino. Tale differenza è dovuta al fatto che una delle due classi appartenenti al gruppo di controllo aveva partecipato ad un laboratorio di cucina sulla colazione tenuto da un cuoco, due anni prima rispetto alla rilevazione dei dati per la nostra ricerca. Poiché tale esperienza ha avuto una durata di soli tre incontri e poiché non ha riguardato principalmente il consumo di frutta e verdura si è deciso di non considerare tale risultato un *confunder* nelle successive analisi dei dati.

Sempre nella Tabella 1, sono riportate le percentuali relative all'attuale professione del padre del bambino, per le quali non è stato possibile eseguire il Chi-Square test (NA = non applicabile), al fine di delineare quello che può essere considerato, pur in linea assolutamente generale, il tenore economico della famiglia. Va ricordato che negli studi di riferimento (Evans et al., 2006 e Tanner et al., 2008), è stato rilevato il reddito annuo familiare, essendo esso considerato una variabile che può influenzare l'acquisto di determinati cibi, tra cui frutta e verdura. Nel nostro caso, anche se non è stato possibile indagare la variabile "reddito familiare", possiamo comunque desumere che tale condizione non sia diversa tra i due gruppi (I e C) in relazione all'acquisto di frutta e verdura, in quanto *alla base* non vi è significatività statistica nella differenza tra il gruppo intervento e il gruppo controllo, per quanto riguarda la "disponibilità e l'accessibilità di frutta e verdura a casa" (Tabella 6).

Tabella 1. Informazioni descrittive sui partecipanti.

| Variabili descrittive selezionate | Intervento (n = 27) (%) | Controllo (n = 33) (%) | P – Pearson Chi-Square Test | Fisher Exact test |
|---|-------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Genere del bambino | | | .087 | |
| Bambine | 8 (29.6) | 17 (48.5) | | |
| Bambini | 19 (74.4) | 16 (51.5) | | |
| Genitore partecipante | | | | 1.000 |
| Madre | 24 (88.9) | 29 (87.9) | | |
| Padre | 3 (11.1) | 4 (12.1) | | |
| Area geografica di origine del bambino | | | | .563 |
| Italia | 24 (88.9) | 31 (93.9) | | |
| Est Europa | 2 (7.4) | 1 (3) | | |
| Sud America | ----- | 1 (3) | | |
| Estremo oriente | 1 (3.7) | ----- | | |
| Età del bambino | | | | .809 |
| 9 anni | 1 (3.7) | 3 (9.1) | | |
| 10 anni | 25 (92.6) | 29 (87.9) | | |
| 11 anni | 1 (3.7) | 1 (3) | | |
| BMI del bambino | | | | .275 |
| Normo peso | 23 (85.2) | 22 (66.7) | | |
| Sovrappeso | 3 (11.1) | 8 (24.2) | | |
| Obeso | 1 (3.7) | 3 (9.1) | | |
| Numero di adulti in casa | | | | .122 |
| 1 | 8 (29.6) | 3 (9.1) | | |
| 2 | 16 (59.3) | 26 (78.8) | | |
| Più di 2 | 3 (11.1) | 4 (12.1) | | |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|--|
| Attuale professione del padre | | | N.A. | |
| Operaio | 6 (22.2) | 3 (9.1) | | |
| Artigiano | 2 (7.4) | 2 (6.1) | | |
| Capo reparto/capo ufficio | 1 (3.7) | 2 (6.1) | | |
| Impiegato | 2 (7.4) | 6 (18.2) | | |
| Commerciante | 4 (14.8) | 2 (6.1) | | |
| Manager | 6 (22.2) | 5 (15.2) | | |
| Insegnante | ----- | 2 (6.1) | | |
| Militare dell'esercito | ----- | 1 (3) | | |
| Medico | 1 (3.7) | ----- | | |
| Libero professionista | 5 (18.5) | 8 (24.2) | | |
| Disoccupato | ---- | 2 (6.1) | | |
| | | | | |
| Esperienze precedenti di educazione alimentare del bambino | | | .000 | |
| sì | 2 (7.4) | 19 (57.6) | | |
| no | 25 (92.6) | 14 (42.4) | | |

Per quanto riguarda invece l'analisi fattoriale sulle scale relative alle variabili psicosociali di bambini e genitori, sono stati confermati i fattori emersi nello studio preliminare che è stato svolto per tarare i questionari tradotti in lingua italiana e adattati al nostro contesto nazionale.

La scala della motivazione dei bambini è stata considerata un unico fattore con Alfa di Cronbach pari a 0.92. La scala del supporto genitoriale percepito strumentale è stata divisa in due sottoscale, il supporto genitoriale percepito strumentale - azioni, con alfa di Cronbach pari a 0.84, e il supporto genitoriale percepito strumentale - informazioni, con alfa di Cronbach pari a 0.92. La scala del supporto genitoriale percepito emotivo è stata divisa in due sottoscale, il supporto genitoriale percepito emotivo - positivo, con alfa di Cronbach pari a 0.78, e il supporto genitoriale percepito emotivo - negativo, con alfa di Cronbach pari a 0.76. La scala dell'autoefficacia dei bambini è stata considerata un unico fattore, con alfa di Cronbach pari a 0.95.

La scala della motivazione dei genitori è stata considerata un unico fattore, con alfa di Cronbach pari a 0.83. La scala del supporto dei genitori strumentale è stata suddivisa in due sottoscale, il supporto strumentale - azioni, con alfa di Cronbach pari a 0.71, e il supporto strumentale - informazioni, con alfa di Cronbach pari a 0.88. La scala del supporto dei genitori emotivo è stata suddivisa in tre sottoscale: il supporto emotivo "incoraggiamento", con alfa di Cronbach pari a 0.66, il supporto emotivo "scoraggiamento", con alfa di Cronbach pari a 0.75 e il supporto emotivo "modeling negativo", con alfa di Cronbach pari a 0.78.

Le scale, sottoscale e indici con relativi esempi di item e con relative analisi descrittive, comprendenti, oltre all'alfa di Cronbach, anche la media, la deviazione

standard, il numero di item e il range per ogni item e per ciascuna scala e indice stessi in relazione alle risposte date dai partecipanti, sono riportate nella Tabella 2.

Tabella 2. *Analisi descrittive delle scale sulle variabili psicosociali di bambini e genitori e degli indici della frequenza di consumo di frutta e verdura da parte dei bambini e della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa.*

| Scale e indici | N. di item e range della scala/indice | Range delle risposte | Cronbach alpha | Media e Deviazione standard | Esempi di domande |
|---|--|-----------------------------|-----------------------|------------------------------------|--|
| <i>Scale e indici dei bambini</i> | | | | | |
| Motivazione | 20 / 1-6 | 51-120 (20-120) | .92 | 91.2833 ± 16.58679 | Mangiare sano è una delle cose più importanti della vita. |
| Supporto genitoriale percepito strumentale | | | | | <i>Nello scorso mese quanto spesso le persone della tua famiglia...</i> |
| <i>Azioni</i> | 10 / 1-5 | 13-43 (10-50) | .84 | 28.6833 ± 8.45826 | Ti hanno aiutato a preparare una merenda a base di frutta e verdura? |
| <i>Informazioni</i> | 7 / 1-5 | 7-35 (7-35) | .92 | 22.5000 ± 8.29846 | Ti hanno dato maggiori spiegazioni su come mangiare più frutta e verdura? |
| Supporto genitoriale percepito emotivo | | | | | |
| <i>Positivo</i> | 8 / 1-5 | 9-36 (8-40) | .78 | 24.0667 ± 6.47516 | Ti hanno incoraggiato a mangiare frutta e verdura se hai avuto la tentazione di non mangiarla? |
| <i>Negativo</i> | 8 / 1-5 | 8-31 (8-40) | .76 | 13.6333 ± 4.65038 | Si sono arrabbiati quando li hai incoraggiati a mangiare frutta e verdura? |
| Autoefficacia | 30 / 1-6 | 39-163 (30-180) | .95 | 111.2833± 33.11515 | Quanto sei sicuro di riuscire a mangiare frutta e verdura invece di patatine e salatini? |

| | | | | | |
|---|----------|---------------|------|-------------------|---|
| Frequenza dei consumi di frutta e verdura | 5 / 1-8 | 5-34 (5-40) | N.A. | 18.5500 ± 6.14355 | Quanto spesso mangi frutta fresca? |
| <i>Scale e indici dei genitori</i> | | | | | |
| Motivazione | 15 / 1-6 | 58-90 (15-90) | .83 | 75.1000 ± 7.66392 | E' per me una priorità assicurarmi di mangiare sano tutti i giorni. |
| Supporto strumentale | | | | | |
| <i>Azioni</i> | 9 / 1-5 | 15-37 (9-45) | .71 | 26.3333 ± 5.26796 | <i>Nello scorso mese quanto spesso...</i> Ha dato a suo figlio frutta e verdura? |
| <i>Informazioni</i> | 8 / 1-5 | 11-40 (8-40) | .88 | 27.8333 ± 7.96851 | Ha detto qualcosa che facilita il mangiare più frutta e verdura? |
| Supporto Emotivo | | | | | |
| <i>Incoraggiamento</i> | 7 / 1-5 | 12-31 (7-35) | .66 | 22.0500 ± 4.25232 | Ha incoraggiato suo/a figlio/a a mangiare frutta e verdura quando era tentato di non farlo? |
| <i>Modeling negativo</i> | 3 / 1-5 | 3-13 (3-15) | .78 | 7.5833 ± 2.08539 | Ha portato a casa "cibo spazzatura"? |
| <i>Scoraggiamento</i> | 3 / 1-5 | 3-11 (3-15) | .75 | 3.2833 ± 1.20861 | Ha detto a suo/a figlio/a che mangiare frutta e verdura è una perdita di tempo? |
| Disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa | 9 / 1-4 | 16-36 (9-36) | N.A. | 28.4333 ± 4.71337 | Aveva in casa la scorsa settimana frutta fresca? |

L'ipotesi di ricerca n.1, relativa agli effetti dell'intervento sulle variabili psico-sociali dei bambini e sul loro consumo di frutta e verdura alla fine dell'intervento stesso, è confermata quasi nella sua totalità poiché i risultati delle analisi del T-test per campioni indipendenti non solo sul post-test ma anche sulle differenze tra post e pre-test di tutte le variabili psicosociali, escluso il *supporto genitoriale percepito emotivo negativo* (Tabella 3), dell'indice della frequenza dei consumi di frutta e verdura (tabella 4) e dei dati desunti dalla "check list 24 ore" (Tabella 5), hanno riportato un incremento statisticamente significativo ($p < .05$) dei punteggi per il gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo.

Tabella 3. *Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del post-test e sulle differenze tra post e pre-test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei bambini – variabili psicosociali.*

| Scale dei bambini | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|---|------------------------|-----------------------|---------|----|--------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Motivazione | | | | | |
| Pre | 4.5630 ± 0.96989 | 4.5652 ± 0.70981 | -.010 | 46 | .992 |
| Post | 5.6648 ± 0.25526 | 4.4030 ± 0.77257 | 8.121 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 1.1019 ± 0.82398 | -.1621 ± 0.63135 | 6.727 | 58 | .000 |
| Supporto genitoriale percepito strumentale | | | | | |
| Azioni | | | | | |
| Pre | 3.0148 ± 0.87341 | 2.7485 ± 0.81629 | 1.218 | 58 | .228 |
| Post | 3.5667 ± 0.54208 | 2.5636 ± 0.69947 | 6.099 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 0.5519 ± 0.68745 | -.1848 ± 0.62105 | 4.356 | 58 | .000 |
| Informazioni | | | | | |
| Pre | 3.3545 ± 1.08679 | 3.0996 ± 1.26546 | 0.826 | 58 | .412 |
| Post | 4.0265 ± 0.74971 | 2.6277 ± 1.11113 | 5.580 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 0.6720 ± 0.9248 | -.4719 ± 0.70934 | 5.498 | 58 | .000 |
| Supporto genitoriale percepito emotivo | | | | | |
| Positivo | | | | | |
| Pre | 3.1435 ± 0.82239 | 2.8977 ± 0.79393 | 1.174 | 58 | .245 |
| Post | 3.7361 ± 0.60181 | 2.6250 ± 0.80586 | 5.934 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 0.5926 ± 0.73347 | -.2727 ± 0.47440 | 5.517 | 58 | .000 |
| Negativo* | | | | | |
| Pre | 1.7824 ± 0.63416 | 1.6402 ± 0.53560 | 0.942 | 58 | .350 |
| Post | 1.5648 ± 0.52734 | 1.6364 ± 0.51857 | -.528 | 58 | .600 |
| Differenza Post-Pre | -.2176 ± 0.69475 | -.0038 ± 0.28209 | -1.615 | 58 | .112 |
| Autoefficacia | | | | | |
| Pre | 3.8877 ± 1.14452 | 3.5636 ± 1.06466 | 1.134 | 53 | .262 |
| Post | 4.9370 ± 0.58670 | 2.9970 ± 1.05176 | 8.550 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 1.0494 ± 0.80391 | -.5667 ± 0.59260 | 8.956 | 58 | .000 |

* Il punteggio più basso indica un miglior livello

Tabella 4. *Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del post-test e sulle differenze tra post e pre-test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei bambini – Frequenza dei consumi di frutta e verdura.*

| Indice di frequenza dei consumi di FeV | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|---|----------------------------|---------------------------|----------------|-----------|---------------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Frutta fresca | | | | | |
| Pre | 4.78 ± 2.044 | 4.97 ± 1.723 | | | |
| Post | 7.37 ± 0.926 | 4.45 ± 1.583 | 8.453 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 2.5926 ± 1.55066 | -.5152 ± 1.25303 | 8.589 | 58 | .000 |
| Insalata | | | | | |
| Pre | 3.56 ± 2.375 | 4.03 ± 2.201 | | | |
| Post | 4.70 ± 1.938 | 3.48 ± 2.063 | 2.339 | 58 | .023 |
| Differenza Post-Pre | 1.1481 ± 1.19948 | -.5455 ± 1.03353 | 5.874 | 58 | .000 |
| Verdura cruda | | | | | |
| Pre | 4.11 ± 2.309 | 4.09 ± 2.141 | | | |
| Post | 6.19 ± 1.642 | 3.36 ± 2.013 | 5.860 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 2.0741 ± 1.73041 | -.7273 ± 97701 | 7.897 | 58 | .000 |
| Verdura cotta | | | | | |
| Pre | 2.93 ± 1.662 | 2.36 ± 1.319 | | | |
| Post | 4.81 ± 1.360 | 2.15 ± 1.326 | 7.653 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 1.8889 ± 1.33973 | -.2121 ± 0.64988 | 7.948 | 58 | .000 |
| Succo 100% frutta | | | | | |
| Pre | 3.48 ± 2.007 | 2.85 ± 2.093 | | | |
| Post | 5.56 ± 1.577 | 1.58 ± 1.091 | 11.524 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 2.0741 ± 1.59147 | -1.2727 ± 1.92472 | 7.233 | 58 | .000 |

Tabella 5. *Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del post-test e sulle differenze tra post e pre-test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei bambini – consumi di frutta e verdura.*

| Consumi di FeV dei bambini | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------|-----------|---------------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Consumo di Frutta | | | | | |
| Pre | 1.0556 ± 0.70142 | 0.8712 ± 0.71840 | | | |
| Post | 2.1759 ± 0.81987 | 0.8129 ± 0.70561 | 6.921 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 1.1204 ± 0.50655 | -.0583 ± 0.51790 | 8.857 | 58 | .000 |
| Consumo di verdura | | | | | |
| Pre | 1.3889 ± 0.89329 | 1.1877 ± 0.62939 | | | |
| Post | 2.1463 ± 0.93643 | 0.8426 ± 0.61595 | 6.473 | 58 | .000 |
| Differenza Post-Pre | 0.7574 ± 0.71967 | -.3457 ± 0.56383 | 6.655 | 58 | .000 |
| Consumo di succo 100% frutta | | | | | |
| Pre | 0.2026 ± 0.43524 | 0.2009 ± 0.39336 | | | |
| Post | 0.6030 ± 0.71991 | 0.1961 ± 0.27642 | 2.993 | 58 | .004 |
| Differenza Post-Pre | 0.4004 ± 0.77672 | -.0048 ± 0.40805 | 2.594 | 58 | .000 |

L'ipotesi di ricerca n. 2, relativa agli effetti dell'intervento sulle variabili psicosociali dei genitori e sulla diponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, dopo la conclusione dell'intervento stesso, non è confermata. I risultati delle analisi del T-test per campioni indipendenti sui punteggi relativi alle variabili *supporto strumentale - informazioni e disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa* hanno riportato differenze significative tra il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo soltanto sul post-test ma non sulla differenza tra post e pre-test. I risultati delle analisi del T-test per campioni indipendenti sia sul post-test sia sulle differenze tra post e pre-test di tutte altre variabili non hanno riportato un incremento statisticamente significativo ($p < .05$) dei punteggi per il gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo (Tabella 6).

Tabella 6. *Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del post-test e sulle differenze tra post e pre-test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei genitori – variabili psicosociali e indice della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa.*

| Scale dei genitori | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------------|---------|----|--------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Motivazione | | | | | |
| Pre | 5.0568 ± 0.53484 | 4.9657 ± 0.49501 | 0.684 | 58 | .497 |
| Post | 5.2469 ± 0.46440 | 4.9838 ± 0.57688 | 1.915 | 58 | .060 |
| Differenza Post-Pre | 0.1901 ± 0.49014 | 0.0182 ± 0.31941 | 1.636 | 58 | .107 |
| Supporto strumentale | | | | | |
| Azioni | | | | | |
| Pre | 2.9753 ± 0.53760 | 2.8855 ± 0.62699 | 0.588 | 58 | .559 |
| Post | 3.2593 ± 0.77411 | 2.8788 ± 0.74761 | 1.930 | 58 | .058 |
| Differenza Post-Pre | 0.2840 ± 0.56263 | -.0067 ± 0.65259 | 1.825 | 58 | .073 |
| Informazioni | | | | | |
| Pre | 3.7037 ± 0.80574 | 3.2955 ± 1.10654 | 1.600 | 58 | .115 |
| Post | 3.8704 ± 0.80524 | 3.2538 ± 1.09575 | 2.434 | 58 | .018 |
| Differenza Post-Pre | 0.1667 ± 0.86603 | -.0417 ± 0.82719 | 0.950 | 58 | .346 |
| Supporto emotivo | | | | | |
| Incoraggiamento | | | | | |
| Pre | 3.2275 ± 0.67270 | 3.0866 ± 0.55090 | 0.892 | 58 | .376 |
| Post | 3.3333 ± 0.63641 | 2.9784 ± 0.71884 | 2.002 | 58 | .050 |
| Differenza Post-Pre | 0.1058 ± 0.59378 | -.1082 ± 0.62478 | 1.350 | 58 | .182 |
| Modeling negativo[‡] | | | | | |
| Pre | 2.4938 ± 0.79727 | 2.5556 ± 0.61048 | -0.340 | 58 | .735 |
| Post | 2.1235 ± 0.78527 | 2.3939 ± 0.70442 | -1.405 | 58 | .165 |
| Differenza Post-Pre | -.3704 ± 0.41688 | -.1616 ± 0.61870 | -1.496 | 58 | .140 |

| Scoraggiamento* | | | | | |
|---|------------------|------------------|--------|----|-------------|
| Pre | 1.1728 ± 0.56516 | 1.0303 ± 0.17408 | 1.374 | 58 | .175 |
| Post | 1.0000 ± 0.00000 | 1.1010 ± 0.32792 | -1.598 | 58 | .115 |
| Differenza Post-Pre | -.1728 ± 0.56516 | 0.0707 ± 0.37967 | -1.989 | 58 | .051 |
| Disponibilità e accessibilità di FeV | | | | | |
| Pre | 3.2140 ± 0.49010 | 3.1145 ± 0.55311 | 0.729 | 57 | .469 |
| Post | 3.4650 ± 0.36727 | 3.1751 ± 0.51222 | 2.466 | 58 | .017 |
| Differenza Post-Pre | 0.2510 ± 0.52713 | 0.0606 ± 0.51227 | 1.414 | 58 | .163 |

*Il punteggio più basso indica un miglior livello

L'ipotesi di ricerca n.3, relativa agli effetti dell'intervento sulle variabili psico-sociali dei bambini e sul loro consumo di frutta e verdura dopo 3 mesi dalla fine dell'intervento stesso, è confermata quasi nella sua totalità poiché i risultati delle analisi del T-test per campioni indipendenti non solo sul delayed post-test ma anche sulle differenze tra delayed post e pre test di tutte le variabili psicosociali, esclusi il *supporto genitoriale percepito strumentale - azioni* e il *supporto genitoriale percepito emotivo - negativo* (Tabella 7), dell'indice della frequenza dei consumi di frutta e verdura, escluse l'insalata e la verdura cotta (Tabella 8) e dei dati desunti dalla "check list 24 ore" (Tabella 9), hanno riportato un incremento statisticamente significativo ($p < .05$) dei punteggi per il gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo.

Tabella 7. *Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del delayed post-test e sulle differenze tra delayed post e pre-test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei bambini – variabili psicosociali.*

| Scale dei bambini | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|---|---------------------|--------------------|---------|----|--------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Motivazione | | | | | |
| Pre | 4.5630 ± 0.96989 | 4.5652 ± 0.70981 | | | |
| Delayed post | 5.4500 ± 0.41925 | 4.3045 ± 0.86344 | 6.305 | 58 | .000 |
| Differenza DPos-Pre | 0.8870 ± 0.69096 | -.2606 ± 0.80707 | 5.840 | 58 | .000 |
| Supporto genitoriale percepito strumentale | | | | | |
| Azioni | | | | | |
| Pre | 3.0148 ± 0.87341 | 2.7485 ± 0.81629 | | | |
| Delayed Post | 3.3481 ± 0.75771 | 2.8758 ± 0.65146 | 2.597 | 58 | .012 |
| Differenza DPos-Pre | 0.3333 ± 0.62696 | 0.1273 ± 0.8556 | 1.086 | 58 | .282 |
| Informazioni | | | | | |
| Pre | 3.3545 ± 1.08679 | 3.0996 ± 1.26546 | | | |
| Delayed Post | 3.7196 ± 1.04565 | 2.7143 ± 1.21848 | 3.386 | 58 | .001 |
| Differenza DPos-Pre | 0.3651 ± 1.20134 | -.3853 ± 1.32984 | 2.270 | 58 | .027 |

| Supporto genitoriale percepito emotivo | | | | | |
|---|------------------|------------------|-------|----|-------------|
| Positivo | | | | | |
| Pre | 3.1435 ± 0.82239 | 2.8977 ± 0.79393 | | | |
| Delayed Post | 3.4444 ± 0.78395 | 2.7689 ± 0.85074 | 3.169 | 58 | .002 |
| Differenza DPos-Pre | 0.3009 ± 0.69447 | -.1288 ± 0.87694 | 2.069 | 58 | .043 |
| Negativo* | | | | | |
| Pre | 1.7824 ± 0.63416 | 1.6402 ± 0.53560 | | | |
| Delayed Post | 1.7593 ± 0.54146 | 1.6515 ± 0.47574 | 0.820 | 58 | .415 |
| Differenza DPos-Pre | -.0231 ± 0.46775 | 0.0114 ± 0.45540 | -.289 | 58 | .774 |
| Autoefficacia | | | | | |
| Pre | 3.8877 ± 1.14452 | 3.5636 ± 1.06466 | | | |
| Delayed Post | 4.6247 ± 0.82377 | 3.1576 ± 0.90182 | 6.516 | 58 | .000 |
| Differenza DPos-Pre | 0.7370 ± 0.56511 | -.4061 ± 0.68478 | 6.949 | 58 | .000 |

*Il punteggio più basso indica un miglior livello

Tabella 8. *Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del delayed post-test e sulle differenze tra delayed post e pre-test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei bambini – frequenza dei consumi di frutta e verdura.*

| Indice di frequenza dei consumi di FeV | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|---|----------------------------|---------------------------|----------------|-----------|---------------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Frutta fresca | | | | | |
| Pre | 4.78 ± 2.044 | 4.97 ± 1.723 | | | |
| Delayed Post | 6.44 ± 1.340 | 5.58 ± 1.621 | 2.230 | 58 | .030 |
| Differenza DPost-Pre | 1.6667 ± 1.24035 | 0.6061 ± 1.11634 | 3.483 | 58 | .001 |
| Insalata | | | | | |
| Pre | 3.56 ± 2.375 | 4.03 ± 2.201 | | | |
| Delayed Post | 3.67 ± 2.287 | 4.18 ± 2.068 | -.915 | 58 | .364 |
| Differenza DPost-Pre | 0.1111 ± 0.89156 | 0.1515 ± 1.75216 | -.109 | 58 | .914 |
| Verdura cruda | | | | | |
| Pre | 4.11 ± 2.309 | 4.09 ± 2.141 | | | |
| Delayed Post | 5.52 ± 1.827 | 4.21 ± 1.900 | 2.696 | 58 | .009 |
| Differenza DPost-Pre | 1.4074 ± 1.84514 | 0.1212 ± 1.24392 | 3.213 | 58 | .002 |
| Verdura cotta | | | | | |
| Pre | 2.93 ± 1.662 | 2.36 ± 1.319 | | | |
| Delayed Post | 4.11 ± 1.219 | 2.97 ± 1.489 | 3.199 | 58 | .002 |
| Differenza DPost-Pre | 1.1852 ± 1.38778 | 0.6061 ± 1.19738 | 1.735 | 58 | .088 |
| Succo 100% frutta | | | | | |
| Pre | 3.48 ± 2.007 | 2.85 ± 2.093 | | | |
| Delayed Post | 4.15 ± 1.895 | 1.76 ± 1.091 | 6.119 | 58 | .000 |
| Differenza DPost-Pre | 0.667 ± 1.96116 | -1.0909 ± 2.02119 | 3.396 | 58 | .001 |

Tabella 9. Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del delayed post-test e sulle differenze tra delayed post e pre-test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei bambini – consumi di frutta e verdura.

| Consumi di FeV dei bambini | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------|---------|----|--------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Consumo di frutta | | | | | |
| Pre | 1.0556 ± 0.70142 | 0.8712 ± 0.71840 | | | |
| Delayed Post | 1.6944 ± 0.68054 | 0.9924 ± 0.82083 | 3.554 | 58 | .001 |
| Difference DPost-Pre | 0.6389 ± 0.52042 | 0.1212 ± 0.49261 | 3.948 | 58 | .000 |
| Consumo di verdura | | | | | |
| Pre | 1.3889 ± 0.89329 | 1.1877 ± 0.62939 | | | |
| Delayed Post | 1.8339 ± 0.97294 | 1.1891 ± 0.67030 | 3.031 | 58 | .004 |
| Difference DPost-Pre | 0.4450 ± 0.79462 | 0.0014 ± 0.74210 | 2.232 | 58 | .030 |
| Consumo di succo 100% frutta | | | | | |
| Pre | 0.2026 ± 0.43524 | 0.2009 ± 0.39336 | | | |
| Delayed Post | 0.5404 ± 0.53476 | 0.2915 ± 0.57292 | 1.724 | 58 | .090 |
| Difference DPost-Pre | 0.3378 ± 0.42541 | 0.0906 ± 0.47988 | 2.088 | 58 | .041 |

L'ipotesi di ricerca n. 4, relativa agli effetti dell'intervento sulle variabili psicosociali dei genitori e sulla diponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa a 3 mesi dalla conclusione dell'intervento stesso non è confermata. I risultati delle analisi del T-test per campioni indipendenti hanno riportato differenze significative tra il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo (sia sul delayed post-test, sia sulla differenza tra delayed post e pre-test) esclusivamente in relazione alla variabile *supporto emotivo - modeling negativo*. I risultati delle analisi del T-test per campioni indipendenti sia sul delayed post-test sia sulle differenze tra delayed post e pre-test di tutte altre variabili non hanno riportato un incremento statisticamente significativo ($p < .05$) dei punteggi per il gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo (tabella 10).

Tabella 10. Analisi del T-test sui punteggi del pre-test, del delayed post-test e sulle differenze tra delayed post e pre test confrontando il gruppo d'intervento e il gruppo di controllo dei genitori – variabili psicosociali e indice della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa.

| Scale dei genitori | M ± SD | | t value | df | P (2-tailed) |
|----------------------|---------------------|--------------------|---------|----|--------------|
| | Intervento (n = 27) | Controllo (n = 33) | | | |
| Motivazione | | | | | |
| Pre | 5.0568 ± 0.53484 | 4.9657 ± 0.49501 | | | |
| Delayed Post | 5.2049 ± 0.44296 | 5.0788 ± 0.49257 | 1.032 | 58 | .306 |
| Differenza DPost-Pre | 0.1481 ± 0.41441 | 0.1131 ± 0.45506 | .309 | 58 | .759 |

| | | | | | |
|---|--------------------|-------------------|--------|----|-------------|
| Supporto strumentale | | | | | |
| Azioni | | | | | |
| Pre | 2.9753 ± 0.53760 | 2.8855 ± 0.62699 | | | |
| Delayed Post | 3.0329 ± 0.61233 | 2.9057 ± 0.59714 | .812 | 58 | .420 |
| Differenza DPost-Pre | 0.0576 ± 0.57848 | 0.0202 ± 0.50952 | .266 | 58 | .791 |
| Informazioni | | | | | |
| Pre | 3.7037 ± 0.80574 | 3.2955 ± 1.10654 | | | |
| Delayed Post | 3.5278 ± 0.85859 | 3.3523 ± 1.03383 | .705 | 58 | .484 |
| Differenza DPost-Pre | - 0.1759 ± 0.86759 | 0.0568 ± 0.84957 | -1.046 | 58 | .300 |
| Supporto emotivo | | | | | |
| incoraggiamento | | | | | |
| Pre | 3.2275 ± 0.67270 | 3.0866 ± 0.55090 | | | |
| Delayed Post | 3.2328 ± 0.64029 | 3.0043 ± 0.72710 | 1.277 | 58 | .207 |
| Differenza DPost-Pre | 0.0053 ± 0.61698 | -0.0823 ± 0.79942 | .466 | 58 | .643 |
| Modeling negativo* | | | | | |
| Pre | 2.4938 ± 0.79727 | 2.5556 ± 0.61048 | | | |
| Delayed Post | 2.1358 ± 0.65541 | 2.5051 ± 0.55977 | -2.354 | 58 | .022 |
| Differenza DPost-Pre | -0.3580 ± 0.51412 | -0.0505 ± 0.56594 | -2.181 | 58 | .033 |
| Scoraggiamento* | | | | | |
| Pre | 1.1728 ± 0.56516 | 1.0303 ± 0.17408 | | | |
| Delayed Post | 1.0988 ± 0.34362 | 1.0505 ± 0.16917 | .709 | 58 | .481 |
| Differenza DPost-Pre | -0.0741 ± 0.36201 | 0.0202 ± 0.14287 | -1.373 | 58 | .175 |
| Disponibilità e accessibilità di FeV | | | | | |
| Pre | 3.2140 ± 0.49010 | 3.1145 ± 0.55311 | | | |
| Delayed Post | 3.2634 ± 0.47055 | 3.1279 ± 0.67250 | .884 | 58 | .381 |
| Differenza DPost-Pre | 0.0494 ± 0.50855 | 0.0135 ± 0.59496 | .248 | 58 | .805 |

*Il punteggio più basso indica un miglior livello

L'ipotesi di ricerca n. 5, in relazione all'influenza delle variabili autoefficacia, motivazione e supporto genitoriale percepito dei bambini, motivazione e supporto dei genitori, e disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa sul consumo di frutta e verdura da parte dei bambini stessi è confermata solo in parte. Dall'analisi della regressione gerarchica multipla con metodo stepwise è risultata l'esistenza di relazioni significative tra il consumo di frutta e verdura dei bambini e le seguenti variabili: supporto genitoriale percepito dai bambini strumentale - azioni; supporto dei genitori strumentale - azioni; supporto dei genitori strumentale - informazioni; supporto dei genitori emotivo - modeling negativo. Non sono emerse relazioni significative tra il consumo di frutta e verdura dei bambini e le altre variabili rilevate (Tabella 11).

Tabella 11. *Analisi della regressione gerarchica multipla. Variabile dipendente: consumo di frutta e verdura dei bambini (dati dell'indice della frequenza dei consumi di frutta e verdura); variabili indipendenti: tutte le variabili psicosociali di bambini e genitori e indice della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa. Metodo Stepwise.*

| Variabili | Full Model Enter | | | Stepped Down Model | | |
|--|------------------|-------|------|--------------------|-------|-------------|
| | B | Beta | Sig. | B | Beta | Sig. |
| Motivazione dei bambini | .117 | .079 | .608 | | | |
| Autoefficacia dei bambini | .032 | .029 | .871 | | | |
| Supporto gen. percepito dai bambini Stru - Azioni | .889 | .612 | .000 | .836 | .575 | .000 |
| Supporto gen. percepito dai bambini Stru - Info. | -.206 | -.199 | .277 | | | |
| Supporto gen. percepito dai bambini Emo – Pos. | .041 | .027 | .890 | | | |
| Supporto gen. percepito dai bambini Emo – Neg. | -.092 | -.044 | .721 | | | |
| Motivazione dei genitori | .284 | .118 | .370 | | | |
| Supporto dei genitori Stru - Azioni | .785 | .374 | .008 | .865 | .412 | .001 |
| Supporto dei genitori Stru - Informazioni | -.246 | -.199 | .238 | -.298 | -.241 | .035 |
| Supporto dei genitori Emo - Incoraggiamento | -.053 | -.026 | .855 | | | |
| Supporto dei genitori Emo – Modeling negativo | -.177 | -.100 | .421 | -.356 | -.201 | .039 |
| Supporto dei genitori Emo - Scoraggiamento | -.011 | -.004 | .975 | | | |
| Disponibilità e accessibilità di frutta e verdura | -.056 | -.024 | .848 | | | |

Dai risultati delle analisi statistiche del T-test per campioni indipendenti sulle differenze tra post e pre-test e tra delayed post e pre-test confrontando i gruppi d'intervento e controllo di bambini e genitori, si può desumere, in linea generale, che l'intervento abbia avuto maggiori effetti sui bambini rispetto ai genitori. L'efficacia dell'intervento è risultata diversa probabilmente perché i bambini sono stati il target diretto dell'intervento stesso, mentre i genitori vi hanno preso parte soltanto in modo indiretto (sono stati esposti alla campagna mediale dei bambini); inoltre i genitori hanno riportato punteggi molto alti al pre-test, rendendo difficile il raggiungimento di un incremento statisticamente significativo al post-test e al delayed post-test.

A differenza dello studio condotto da Evans e colleghi (2006), che ha costituito il principale riferimento per questa ricerca, e che ha riportato effetti significativi dell'intervento sui bambini solamente in merito alla loro motivazione verso la sana alimentazione e sui genitori in merito al loro supporto strumentale e alla disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, il nostro studio dimostra che l'intervento proposto ha avuto effetti significativi non solo per tutte le variabili psicosociali dei bambini, ma anche per il loro consumo di frutta e verdura, benché non si siano registrate differenze significative in seguito all'intervento né sul supporto strumentale dei genitori, né riguardo al cambiamento dell'ambiente nutrizionale domestico (definito in termini di disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa).

La differenza di risultati per quest'ultima variabile può essere dovuta principalmente al diverso contesto in cui si è svolta la ricerca. Negli Stati Uniti i costi elevati di frutta e verdura sono una barriera importante per il loro acquisto (WHO, 2003), e anche per questo motivo i genitori dei bambini americani partecipanti alla ricerca di Evans e colleghi (2006) hanno registrato una scarsa presenza di frutta e verdura in casa *alla*

base, che è incrementata significativamente in seguito all'intervento, mentre nel territorio in cui si è svolta la nostra ricerca vi sono maggiori possibilità di acquisto sostenibile dei vegetali, dovuto non solo alla numerosa presenza di coltivatori diretti, ma anche a politiche locali che incentivano gli acquisti a "chilometro zero" in cui vengono abbattuti i costi per la distribuzione, come ad esempio, tra le altre, il "Progetto di tutela delle produzioni agroalimentari" della Regione del Veneto⁸². I genitori dei bambini italiani che hanno partecipato alla nostra ricerca hanno infatti riportato *alla base* una media di punteggio sia nel gruppo d'intervento (3.2 su 4) sia nel gruppo di controllo (3.1 su 4) molto alta della scala sulla disponibilità di frutta e verdura a casa (Tabella 6), che non è significativamente aumentata durante il periodo di rilevazione dei dati del post e del delayed post-test. Questo significa che i bambini partecipanti alla nostra ricerca hanno goduto di un ambiente nutrizionale domestico "favorevole al consumo di frutta e verdura" (Reynolds et al., 2000; Kratt et al., 2004), ma perché avvenisse un incremento reale di tale consumo è stato necessario che, in seguito all'intervento, anche le variabili psico-sociali dei bambini cambiassero. Evans e colleghi (2006) infatti sostengono che, nel loro studio, alla modifica della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, non ha corrisposto un incremento del consumo di questi cibi da parte dei bambini, poiché essi hanno bisogno di vivere nell'ambiente nutrizionale domestico mutato per un periodo di tempo più lungo (rispetto a quello definito dalla somministrazione del post test) per poter modificare anche il loro comportamento. In accordo con tale considerazione, possiamo ipotizzare dunque che nella nostra ricerca sia avvenuto un effettivo cambiamento in termini di consumo di frutta e verdura da parte dei bambini che hanno seguito l'intervento, anche per il fatto di essersi trovati a vivere fin dall'inizio dell'intervento stesso in un ambiente nutrizionale favorevole ad una maggior assunzione di frutta e verdura.

Considerando tuttavia che il gruppo di controllo, pur partendo *alla base* con lo stesso alto punteggio della scala della disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa, non ha registrato un aumento significativo dei consumi di questi alimenti da parte dei bambini, possiamo affermare che nel contesto della nostra ricerca, le caratteristiche dell'ambiente nutrizionale domestico non sono state sufficienti a mutare i comportamenti alimentari e che, oltre all'esposizione dei bambini a tali alimenti, sia necessario motivarli al loro consumo. Dunque, rispetto al contesto statunitense, in cui il cambiamento dei fattori ambientali risulta particolarmente necessario per l'incremento del consumo di frutta e verdura da parte dei bambini (Rosenkranz & Dziewaltowski, 2008), nel nostro contesto, dove i fattori ambientali sono maggiormente favorevoli al consumo di vegetali, si dovrebbe focalizzare l'attenzione sugli interventi educativi per promuovere la sana alimentazione, oltre che proporre modifiche strutturali, come ad esempio la somministrazione di diverso tipo di frutta e verdura nelle mense scolastiche, che il bambino può naturalmente scegliere di consumare o meno. Abbiamo visto che nel territorio della Ulss 9 - Treviso il 40% delle scuole primarie prevede la distribuzione a

⁸² Cfr. "Progetto di tutela delle produzioni agroalimentari" della Regione del Veneto. URL: <http://www.regione.veneto.it/Economia/Agricoltura+e+Foreste/Agroalimentare/> (consultato il data 10/12/2012)

scuola di frutta e verdura, ma la maggior parte di esse (il 60%) non affianca a tale provvedimento interventi di educazione alimentare, e questo dato può essere collegato a quello secondo cui quasi l'80% dei bambini tra i 7 e 10 anni, in tale territorio, non rispetta le indicazioni ministeriali per l'assunzione di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (dati *Okkio alla salute*, Ministero della Salute, 2010).

La strutturazione dell'intervento quindi, oltre ad un ambiente nutrizionale domestico favorevole *alla base*, può essere considerato il motivo principale per cui nel nostro studio, a differenza della ricerca di Evans e colleghi (2006), si sono avute modifiche significative nelle variabili psico-sociali dei bambini. Secondo Buttriss e colleghi (2004) e Knai e colleghi (2006), che hanno passato in rassegna una serie di ricerche su progetti educativi volti a favorire il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, le caratteristiche degli interventi che hanno avuto i maggiori risultati sono: lo svolgimento in ambito scolastico, il coinvolgimento dei genitori, il coinvolgimento dei portatori d'interesse, la possibilità data ai bambini di assaggiare frutta e verdura durante le attività, l'utilizzo dei media e delle tecnologie e l'utilizzo di metodologie di tipo laboratoriale.

Come abbiamo visto, il nostro intervento a differenza di quello di Evans e colleghi (2006), si è svolto in ambito scolastico e durante l'orario scolastico, ed è stato organizzato, pur mantenendo complessivamente lo stesso numero di ore, per coprire un periodo di tempo maggiore, 10 settimane anziché 6 settimane, permettendo quindi ai bambini di riflettere per un tempo più lungo sui temi della sana alimentazione trattati nelle diverse sessioni.

Allo stesso modo, anche il coinvolgimento dei genitori nel progetto ha avuto una durata temporale maggiore, e tale coinvolgimento è stato finalizzato ad incrementare il supporto genitoriale percepito dai bambini e dichiarato dai genitori. A differenza della ricerca di Evans e colleghi (2006), il supporto genitoriale percepito dai bambini si è incrementato, mentre il supporto dichiarato da genitori non si è incrementato, eccetto che per il supporto genitoriale emotivo - modeling negativo al delayed post-test. Questo può essere dovuto al fatto che le medie delle scale del supporto dichiarato dai genitori al consumo di frutta e verdura dei figli, *alla base*, sono alte (Tabella 6) e sono rimaste tali anche dopo la fine dell'intervento (Tabella 6) e nei tre mesi successivi (Tabella 10). Questi dati indicano che il supporto dei genitori aveva già dall'inizio dell'intervento un buon livello, mentre la percezione dei bambini di tale supporto è aumentata in seguito all'intervento stesso probabilmente perché è aumentata la loro consapevolezza di tale supporto, ad esempio in seguito agli apprezzamenti espressi dai genitori per i prodotti mediali sulla promozione del consumo di frutta e verdura realizzati dai figli, che essi stessi hanno riportato, come vedremo, durante il focus group. Inoltre, l'aumento del supporto genitoriale percepito dai bambini è in accordo con i risultati dello studio di Baranowski e colleghi (2000) sull'intervento "Gimme 5. Fruit and vegetable for fun and health" rivolto a bambini dagli 8 ai 10 anni, che ha previsto il coinvolgimento dei genitori, anche attraverso l'esposizione a newsletter create dai figli, oltre che, come abbiamo visto, alla condivisione di compiti per casa (Davis et al., 2000).

Il coinvolgimento dei portatori d'interesse si è concretizzato nella partecipazione della ricerca di tre istituzioni pubbliche, Università degli Studi di Padova, Ulss 9 - Treviso, quattro Istituti scolastici comprensivi della provincia di Treviso, e un'Azienda privata, l'Organizzazione dei Produttori Ortofrutticoli "Veneto". I portatori d'interesse hanno contribuito, come abbiamo visto, ciascuno per le proprie competenze, alla realizzazione dell'intervento. La distribuzione gratuita ai bambini di frutta di stagione, ad esempio, durante tutte le sessioni previste, ha permesso che i bambini venissero esposti a tali alimenti, non solo a casa o nella mensa scolastica, ma anche in classe durante l'intervento, accrescendo la loro familiarità con essi, analogamente alla ricerca di Wardle e colleghi (2003) sull'utilizzo di frutta e verdura durante le attività di promozione della salute rivolte ai bambini tra i 6 e i 10 anni, e quindi favorendone anche il consumo, in accordo con le ricerche di Reynolds e colleghi (2000) e Kratt e colleghi (2004).

L'utilizzo dei media e delle tecnologie e l'utilizzo di metodologie di tipo laboratoriale sono considerati dalle ricerche del settore della *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Carney, 2008)⁸³, a cui la nostra ricerca si riconduce, come fattori determinanti per il cambiamento delle variabili psicosociali dei partecipanti ad interventi di promozione della salute. Nelle ricerche di Cicognani e colleghi (1997), Baranowski e colleghi (2000), Neumark-Sztainer e colleghi (2000), Kupersmidt e colleghi (2010), Pinkleton e colleghi (2012), l'intervento di educazione mediale ha avuto come effetto nei partecipanti l'aumento dell'autoefficacia di bambini e adolescenti nel mettere in atto azioni di salute, analogamente ai risultati della nostra ricerca, che hanno evidenziato un aumento dell'autoefficacia dei bambini nell'assunzione di frutta e verdura.

Per quanto riguarda invece l'incremento della motivazione verso comportamenti salutari in seguito all'intervento di educazione mediale, i risultati della nostra ricerca sono in accordo con quelli di Evans e colleghi (2006) e di Pinkleton e colleghi (2007). La motivazione dei bambini che hanno seguito il nostro intervento verso un maggior consumo di frutta e verdura, come abbiamo visto, può essere stata sollecitata dall'aver fatto stabilire a loro stessi degli obiettivi di salute compatibili con le loro possibilità, com'è risultato dalla ricerca di Cullen e colleghi (2004). Inoltre, come sostenuto dalla ricerca di Perry e colleghi (1999), Reynolds e colleghi (1999), Cullen e colleghi (2003), Bere e Klepp (2005), la disponibilità e l'accessibilità di frutta e verdura a casa, che nel nostro caso abbiamo visto essere di buon livello in relazione alle risposte date dai genitori nella scala ad esse relativa, possono aver influenzato positivamente anche la motivazione a consumare tali cibi. Un altro elemento motivante per il consumo di frutta e verdura nel nostro intervento è aver offerto ai bambini frutta di stagione durante le attività svolte in classe, in accordo con quanto sostenuto dalle ricerche di Domel e Thompson (2002), Wardle e colleghi (2003), Thomson e colleghi (2010). Anche il supporto genitoriale verso determinati comportamenti accresce la motivazione dei bambini ad adottare i comportamenti supportati (Bandura, 1997), e quindi aver

⁸³ Cfr. Cap. 1 par.1.3.2.

coinvolto i genitori nell'intervento perché supportassero le scelte di salute dei bambini può aver influenzato i risultati sull'aumento della motivazione verso la sana alimentazione, in accordo con lo studio di Rasmussen e colleghi (2006), che passando in rassegna le ricerche sul consumo di frutta e verdura dei bambini ha riscontrato l'esistenza di una costante relazione tra supporto genitoriale e motivazione dei bambini.

L'incremento delle variabili psicosociali dei bambini e la già significativa presenza di frutta e verdura nell'ambiente nutrizionale domestico hanno dunque influenzato l'aumento del consumo di frutta e verdura da parte dei bambini partecipanti all'intervento, così come ipotizzato dal framework teorico di riferimento della ricerca⁸⁴, che ha posto come predittori dei comportamenti di salute, tra gli altri, anche i costrutti di motivazione, autoefficacia, supporto sociale e ambiente nutrizionale domestico. I risultati della nostra ricerca in relazione all'incremento del consumo di frutta e verdura e delle variabili psicosociali indagate, subito dopo l'intervento (al post test) sono in accordo con i risultati delle ricerche di Perry e colleghi (1998), Baranowski e colleghi (2000), Reynolds e colleghi (2000), Anderson e colleghi (2004), Bere e Klepp (2004), su interventi educativi rivolti ai bambini per accrescere il loro consumo di frutta e verdura.

Per quanto riguarda invece i risultati delle analisi dei dati riguardanti i bambini raccolti al delayed post-test, essi sostanzialmente confermano i risultati delle analisi dei dati raccolti al post-test, per cui si può affermare che l'efficacia dell'intervento sui bambini si sia protratta per i successivi 3 mesi dalla fine dell'intervento stesso. In letteratura le ricerche sull'efficacia degli interventi rivolti ai bambini per incentivare il loro consumo di frutta e verdura prevedono somministrazioni del delayed post-test in tempi che vanno dai 3 mesi ai 5 anni (l'intero ciclo della *primary school*) (Knai et al., 2006). Tra le ricerche di quest'ambito passate in rassegna, due hanno rilevato i dati del delayed post-test, come nel nostro caso, a 3 mesi dalla conclusione dell'intervento: quella condotta da Cullen e colleghi (1997) su 300 bambine scout, che ha riportato effetti significativi nell'incremento del consumo di frutta e verdura solo al post-test e non anche al delayed post-test, contrariamente a quanto risultato dal nostro studio, e quella di Friel e colleghi (1999) su un intervento rivolto a bambini tra gli 8 e 10 anni, che ha avuto effetti sull'incremento del consumo di frutta e verdura da parte dei partecipanti anche a 3 mesi dalla sua conclusione, com'è avvenuto anche nel nostro caso.

Per quanto riguarda invece la mancanza di un cambiamento statisticamente significativo della quasi totalità delle variabili psicosociali dei genitori, possiamo riferirci a quanto sostenuto da Evans e colleghi (2006, p. 52): “gli interventi che hanno come target diretto i genitori hanno maggior successo nel cambiare il comportamento dei genitori, mentre gli interventi che hanno come target diretto i bambini hanno maggior successo nel cambiare il comportamento dei bambini e sono scarsamente efficaci nel cambiare quello dei genitori. In letteratura infatti, gli interventi che hanno avuto effetti su variabili psicosociali o sul comportamento dei genitori, hanno avuto

⁸⁴ Cfr. Cap. 2 par. 2.1.3.

come target diretto i genitori stessi (ad es. Teufel et al., 1999; Golan et al., 1999; Harvey-Berino & Rouke, 2003; McGarvey et al., 2004).

In ogni caso, riteniamo che il coinvolgimento dei genitori sia stato importante per il cambiamento del comportamento alimentare dei bambini, come affermato dalle ricerche di Knai e colleghi (2006), Evans e colleghi (2006), Harris e Bargh (2009), poiché alcune sottoscale del supporto genitoriale percepito dai bambini e del supporto genitoriale dichiarato dai genitori sono risultate, dall'analisi della regressione gerarchica multipla, in relazione significativa con il consumo di frutta e di verdura da parte dei bambini (Tabella 11), e tale coinvolgimento ha probabilmente influenzato, come supposto dalla ricerca di Baranowski e colleghi (2000), l'incremento del supporto genitoriale percepito dai bambini strumentale - informazioni e emotivo - positivo, variabili il cui cambiamento ha mantenuto la sua significatività sia al post-test (Tabella 3) sia al delayed post-test (Tabella 7). Inoltre il supporto dei genitori emotivo - modeling negativo, che è l'unica variabile che ha riportato una differenza significativa tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo con il T-test per campioni indipendenti sulle differenze tra delayed post e pre-test, risulta anche tra le quattro variabili che influenzano il consumo di frutta e verdura dei bambini (Tabella 11).

In accordo con gli studi di Reynolds e colleghi (1999), Gattshall e colleghi (2008) e Tildesley e Andrews (2008), che dimostrano come il comportamento dei genitori risulti predittivo per le intenzioni di comportamento e il comportamento stesso dei bambini, si può considerare che i genitori del gruppo d'intervento della nostra ricerca, avendo modificato il loro comportamento in termini di modeling negativo, abbiano favorito l'adozione da parte dei bambini di azioni positive verso la sana alimentazione.

La settimana successiva alla somministrazione del post-test, sono stati organizzati tre focus group, due nella giornata del 19 dicembre e uno nella giornata del 21 dicembre 2011, a cui hanno partecipato alcuni bambini del gruppo intervento. Il focus group si è svolto a scuola, in orario scolastico, e in luoghi alternativi all'aula (biblioteca ragazzi e laboratorio video), per favorire un clima d'incontro informale. I bambini sono stati invitati a partecipare al focus group suddivisi in gruppi da 6 a 8, come raccomandato da diversi studi sulla conduzione di focus group con bambini (Vaughn et al., 1996; Horner, 2000; Kennedy et al., 2001).

Per partecipare ai tre focus group sono stati selezionati i bambini del gruppo intervento le cui risposte ai test erano state incluse nell'analisi dei dati quantitativi, per permettere una successiva comparazione e discussione congiunta tra risultati delle analisi quantitative e qualitative. Dei 27 bambini del gruppo intervento selezionati in base a questo criterio, hanno partecipato ai tre focus group complessivamente 21 bambini, poiché due bambini erano assenti nella giornata in cui si è tenuto il focus group e quattro erano impegnati in altre attività non derogabili previste dalla scuola.

Dei 21 bambini del gruppo intervento che hanno partecipato ai focus group, 7 sono bambine e 14 bambini, suddivisi in gruppi da 6 membri, 7 membri e 8 membri.

I focus group sono stati condotti dalla dottoranda, in qualità di moderatore, che ha utilizzato per la conduzione, oltre alla *questioning route* prevista, anche un computer per

mostrare ai bambini le immagini stimolo. I bambini sono stati invitati ad accomodarsi attorno ad un tavolo posto al centro della sala. Il moderatore si è seduto allo stesso tavolo, mentre l'assistente era posizionato esternamente rispetto al cerchio creato da bambini e moderatore stesso. I focus group si sono svolti in un clima di assoluta serenità e partecipazione, e ciascun bambino ha espresso le proprie opinioni nel rispetto dei turni di parola e mantenendo il proprio intervento in un tempo adeguato ad un fluido svolgimento della conversazione collettiva.

I focus group sono stati audioregistrati e trascritti verbalmente per poi essere analizzati. L'analisi del contenuto e quella successiva delle co-occorrenze è stata svolta considerando le tre trascrizioni come un testo unico.

L'analisi del contenuto è stata svolta con approccio top down, poiché finalizzata all'indagine specifica dei costrutti inclusi nel framework teorico di riferimento, ovvero comportamento, conoscenze e concezioni sulla salute e sui media, rinforzo, abilità di analisi critica e di espressione, e delle opinioni dei bambini rispetto all'intervento, su cui si sono focalizzate le domande previste dalla questioning route del focus group.

Sono emerse complessivamente 15 famiglie di codici⁸⁵ riferibili a 5 temi generali, 4 dei quali corrispondenti ai costrutti teorici indagati, e uno riguardante le opinioni dei bambini sull'intervento (Tabella 12). Inoltre è stato indagato il costrutto intenzioni di comportamento, come abbiamo già accennato, attraverso la somministrazione di un questionario che è stato compilato dai bambini durante il focus group.

Tabella 12. *Temi e famiglie di codici emersi dall'analisi del contenuto del focus group.*

| TEMI | FAMIGLIE DI CODICI |
|---|----------------------------------|
| | |
| COMPORAMENTO | Comportamento |
| | Modifiche di comportamento |
| CONOSCENZE e CONCEZIONI sulla SALUTE e sui MEDIA | Conoscenze sulla salute |
| | Conoscenze sui media |
| | Concezioni sulla salute |
| | Concezioni sui media |
| RINFORZO | Rinforzo esterno positivo |
| | Rinforzo esterno negativo |
| | Rinforzo interno positivo |
| | Rinforzo interno negativo |
| ABILITA' di ANALISI CRITICA e di ESPRESSIONE | Abilità di analisi critica |
| | Abilità di espressione |
| OPINIONI SULL'INTERVENTO | Aspetti positivi del laboratorio |
| | Aspetti negativi del laboratorio |
| | Modifiche al laboratorio |

I risultati dell'analisi qualitativa del contenuto dei focus group hanno fornito una chiave interpretativa per comprendere meglio i risultati dei dati quantitativi, poiché

⁸⁵ L'elenco completo dei codici afferenti a ciascuna famiglia è riportato nell'allegato "Famiglie di codici".

mentre quest'ultimi dimostrano quali tipi di effetti (attraverso il cambiamento delle variabili indagate) ha avuto l'intervento, i dati qualitativi svelano in che modo l'intervento li abbia prodotti.

Dall'analisi del contenuto relativa al tema del comportamento dei bambini (Network 1 e Network 2, vedi dopo), in accordo con i risultati delle analisi statistiche, è emerso che esso si è modificato in favore di un maggior consumo di frutta e verdura in seguito all'intervento. Infatti dalle risposte dei bambini si evince che essi: hanno iniziato a mangiare più frutta e verdura e meno cibo spazzatura, hanno cambiato preferenza riguardo a frutti che prima non mangiavano perché non ne apprezzavano il gusto, hanno adottato l'abitudine di mangiare frutta prima di fare sport, hanno imparato come seguire una sana alimentazione e hanno iniziato a chiedere ai genitori di comprare più frutta e verdura. Tra le affermazioni riguardanti il loro comportamento sono risultate inoltre particolarmente significative quelle relative al fatto che durante e dopo l'intervento i bambini stessi si sono fatti promotori di una corretta alimentazione offrendo frutta e verdura e incoraggiando gli altri a mangiare cibi sani. Tali risultati sono in linea con quelli emersi dall'analisi del contenuto del focus group della ricerca di Tanner e colleghi (2008), in quanto i maggiori cambiamenti di comportamento riportati dai bambini riguardano l'aver provato cibi nuovi, l'aver modificato le preferenze alimentari verso frutta e verdura, e l'aver aumentato il consumo quotidiano di frutta e verdura (tale risultato non trova conferma nelle analisi quantitative dello studio di Evans e colleghi, 2006).

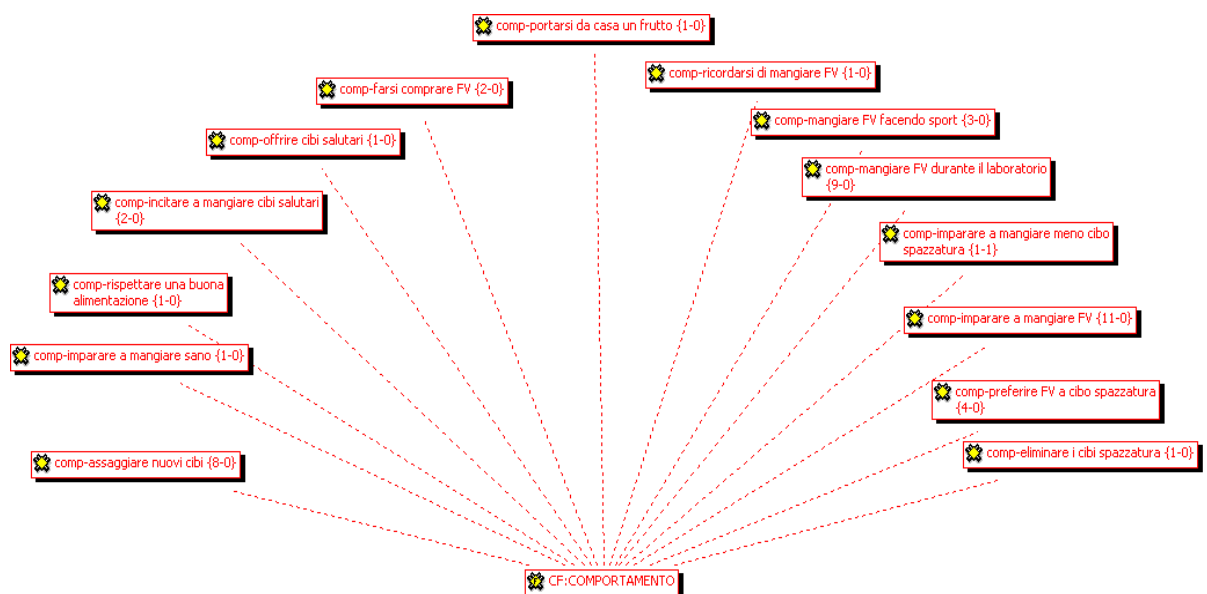
Nello specifico, in accordo con le ricerche di Wardle e colleghi (2003) e Thomson e colleghi (2010), le preferenze alimentari dei bambini sono cambiate in seguito all'esposizione dei bambini stessi a cibi che non conoscevano sia durante l'intervento attraverso gli assaggi di frutta di stagione (es. "io la pera l'avevo provata solo una volta, solo che tanto tempo fa, e non mi ricordavo bene il gusto, e mi è piaciuta"), sia a casa, in seguito a sollecitazioni fornite ai genitori attraverso le newsletter, che li hanno invitati a far provare in famiglia cibi sani come i broccoli (es. "la pasta coi broccoli certi non l'avevano mai assaggiata e la maggior parte della classe l'ha provata"). La dichiarata nuova abitudine di mangiare frutta, specialmente banane e arance, prima di fare sport (es. "ho mangiato l'arancia prima di andare a rugby ed ero carico"), può essere stata sollecitata dai contenuti dell'intervento relativi agli stili di vita sani, che comprendono non solo il consumo di frutta e verdura, ma anche l'attività fisica, che i bambini concepiscono come azioni di salute interrelate, in accordo, ad esempio, con i risultati di una ricerca di Nader e colleghi (1996) su un intervento per favorire la dieta sana e il movimento dei bambini e adolescenti.

L'esposizione a frutta e verdura a scuola e a casa, la compilazione del diario alimentare e i contenuti delle sessioni dell'intervento sulla sana alimentazione, potrebbero essere stati fattori che hanno contribuito a far imparare ai bambini a seguire una dieta sana (es. "il laboratorio ci ha aiutato a farci sentire meglio perché mangiavamo troppi cibi spazzatura, quando siete arrivati voi abbiamo imparato"), in accordo con i risultati della ricerca di Tanner e colleghi (2008). I bambini inoltre hanno dichiarato di aver aumentato le loro richieste di frutta e verdura ai genitori ("ho chiesto a mia

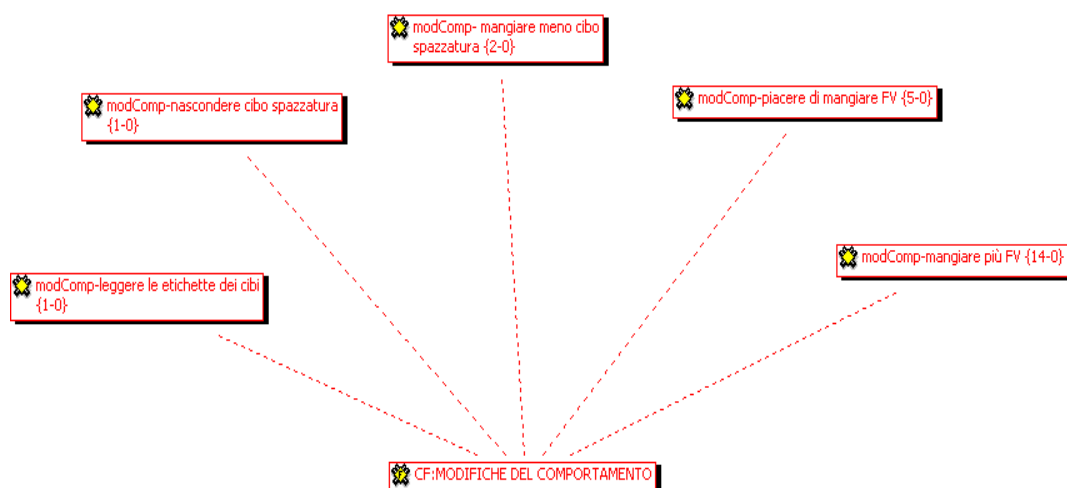
mamma, non solo una volta, ho chiesto a mia mamma se comprava delle arance, della frutta invece che mangiare magari un panino alla nutella”), in accordo con i risultati della ricerca di Baranowski e colleghi (2000) sul già citato progetto “Gimme 5”, riguardante promozione del consumo di frutta e verdura dei bambini.

Infine, le loro dichiarazioni in merito alla promozione del consumo di frutta e verdura presso amici e parenti (es. “anche al McDonald, i tuoi amici mangiano davanti a te, tu gli dici ‘prova a mangiare anche la frutta del McDonald’ che c’è, c’è la macedonia”), sono in accordo con i risultati di altre ricerche, ad esempio, di una ricerca di Borys e Lafay (2000), in cui i bambini che hanno partecipato ad un intervento di educazione alimentare hanno in seguito promosso il cambiamento delle abitudini nutrizionali della loro famiglia.

Network 1. Famiglia *Comportamento*



Network 2. Famiglia *Modifiche di comportamento*



Per quanto riguarda invece le intenzioni di comportamento dei bambini, tale variabile è stata rilevata, come abbiamo visto, tramite questionario e, poiché lo scopo di tale rilevazione era quello di comprendere come queste intenzioni fossero orientate alla fine dell'intervento, è stata svolta l'analisi delle frequenze di risposta (Tabella 13). I bambini per la maggior parte, con percentuali che vanno dall'85% al 100%, hanno risposto di essere molto d'accordo o d'accordo con l'intenzione di mangiare più frutta fresca, più verdura fresca, più verdura cotta, tre porzioni di frutta al giorno, due porzioni di verdura al giorno e bere più succo di frutta 100% frutta.

Tabella 13. *Analisi delle frequenze di risposta del questionario sulle intenzioni di comportamento*

| Ho intenzione di | Molto d'accordo | D'accordo | Un po' d'accordo | Un po' in disaccordo | In disaccordo | Molto in disaccordo |
|---|-----------------|-----------|------------------|----------------------|---------------|---------------------|
| Mangiare più frutta fresca | 86% | 14% | | | | |
| Mangiare più verdura fresca | 57% | 33% | 10% | | | |
| Mangiare più verdura cotta | 52% | 33% | 5% | 5% | 5% | |
| Bere più succo 100% frutta | 71% | 29% | | | | |
| Mangiare 3 porzioni di frutta al giorno | 81% | 14% | 5% | | | |
| Mangiare 2 porzioni di verdura al giorno | 76% | 19% | 5% | | | |

Le intenzioni di comportamento espresse dai bambini di mangiare più frutta e verdura sono confermate dai risultati delle analisi del T-test sui dati quantitativi relativi ai consumi di frutta e verdura del delayed post-test (Tabella 8 e Tabella 9), che hanno riportato significatività statistica per quanto riguarda l'aumento del punteggio di tale variabile a tre mesi dalla conclusione dell'intervento. Questo può significare che le intenzioni di comportamento si sono rivelate un fattore che ha influenzato la messa in atto del comportamento stesso, come si afferma sia nella *Teoria del comportamento pianificato* (Ajzen & Madden, 1986), che nella *Teoria socio-cognitiva* (Bandura, 1986), a cui si riferisce anche il modello integrato che costituisce il framework teorico della nostra ricerca (Bergsma & Ferris, 2011). L'orientamento delle intenzioni di comportamento verso azioni di salute in seguito ad interventi di *Health promoting media literacy education* è confermato anche dai risultati delle ricerche di Austin e Johnson (1997a), Banerjee e Greene (2007), Kupersmidt e colleghi (2010).

In seguito alla compilazione del questionario sulle intenzioni di comportamento, ai bambini è stato chiesto di esprimere quali fossero secondo loro gli ostacoli o le agevolazioni al perseguimento delle proprie intenzioni, che a livello di analisi del contenuto sono stati codificati come rinforzi esterni (positivi e negativi) e interni (positivi e negativi). La definizione di “fattori rinforzanti” a cui ci siamo riferiti per la codifica è quella di Zani e Cicognani (2000, p. 211): “fra i fattori rinforzanti sono inclusi il sostegno sociale (ad esempio da parte della famiglia, insegnanti, coetanei), le influenze dei pari e i consigli del medico, ma anche benefici sociali (come l'approvazione sociale), benefici immaginari (in termini di miglioramento dell'immagine pubblica, autostima e affiliazione), fisici (ad esempio sollievo dal dolore), tangibili (ad esempio economici)”.

Tra i rinforzi esterni positivi (Network 3) troviamo quelli di tipo sociale, come ad esempio quello di genitori, parenti e amici che offrono frutta e verdura e mangiano cibi salutari e non cibo spazzatura (es. “l'altro giorno mia zia mi ha fatto la spremuta d'arancia, buonissima”; “se non sei da solo ma con altre persone che ti mangiano a fianco frutta e verdura è più semplice”; “ogni giorno mi offrono 3 volte la frutta e 2 volte la verdura”; “mio papà quando aveva comprato dei cioccolatini ha detto ‘vuoi?’ e poi mi aveva preparato ovviamente la mela a pezzettini e mi ha detto ‘no guarda, è meglio che adesso mangi questa perché stai facendo quella roba a scuola’”). Inoltre molti bambini hanno sottolineato un aumento sia del supporto strumentale relativo alle azioni compiute dai genitori (es. “mio papà va quasi sempre al supermercato e adesso compra anche i succhi 100% frutta”; “anche ai nostri genitori è servito questo progetto, adesso comprano frutta e verdura e non più cibo spazzatura, quindi avendocela in casa è ovvio che ti viene di mangiarla”), sia del supporto emotivo relativo all'incoraggiamento a consumare frutta e verdura (“abbiamo cominciato anche a discutere diciamo, no discutere, a parlarci tra di noi, la frutta, di come mangiarla, e di come mangiare più frutta e verdura”; “mia mamma conta anche tipo se mangio tre porzioni di frutta e due porzioni di verdura e mi dice, tipo quando ne mangio meno, di mangiare ancora frutta e verdura perché il progetto che avete fatto a scuola se no non serve a niente”).

Tra i rinforzi esterni positivi di tipo ambientale troviamo invece le newsletter e le affiche realizzate durante l'intervento (es. "le newsletter che abbiamo fatto ci aiutano a mangiare più frutta e verdura"), la disponibilità di cibi salutari a casa (es. "adesso abbiamo sempre un cesto di frutta a casa"), e l'indisponibilità di cibo spazzatura (es. "sono diminuiti i cibi spazzatura a casa").

Specularmente i bambini hanno identificato come rinforzi esterni negativi (Network 4) sia genitori, parenti e amici, che offrono e mangiano cibo spazzatura ("se i genitori mangiano cibo spazzatura e ce lo hai sempre sotto la vista"; "quando vai da qualcuno che ti offrono cibo spazzatura"), sia l'indisponibilità di frutta e verdura e la disponibilità di cibo spazzatura, soprattutto alle feste ("se vai ad una festa con tanti tuoi amici, c'è un tavolo pieno di patatine, è difficile non mangiarle"; "per esempio a una festa non trovi anche frutta e verdura").

Tra i rinforzi interni positivi (Network 5) di particolare interesse risultano sia la dichiarata consapevolezza del rapporto tra il consumo di frutta e verdura e la salute e quello del cibo spazzatura con il malessere (es. "alcune volte mi dico 'dai mi mangio una bella mela o una bella spremuta così non sto male'"; "quando tipo vedo davanti il cibo spazzatura penso al progetto e poi mi dico 'no, meglio che non lo mangio perché non fa bene'"), sia il darsi l'obiettivo di mangiare più frutta e verdura ("darsi anche l'obiettivo da raggiungere", "cercare magari in quel ristorante dove vai, che c'è tanto cibo spazzatura, cercare magari di trovare qualche cibo salutare").

E' emerso infine solo un solo tipo di rinforzo interno negativo (Network 6), legato alla tentazione di mangiare cibo spazzatura (es. "è difficile resistere alla tentazione di farci attirare dai cibi spazzatura").

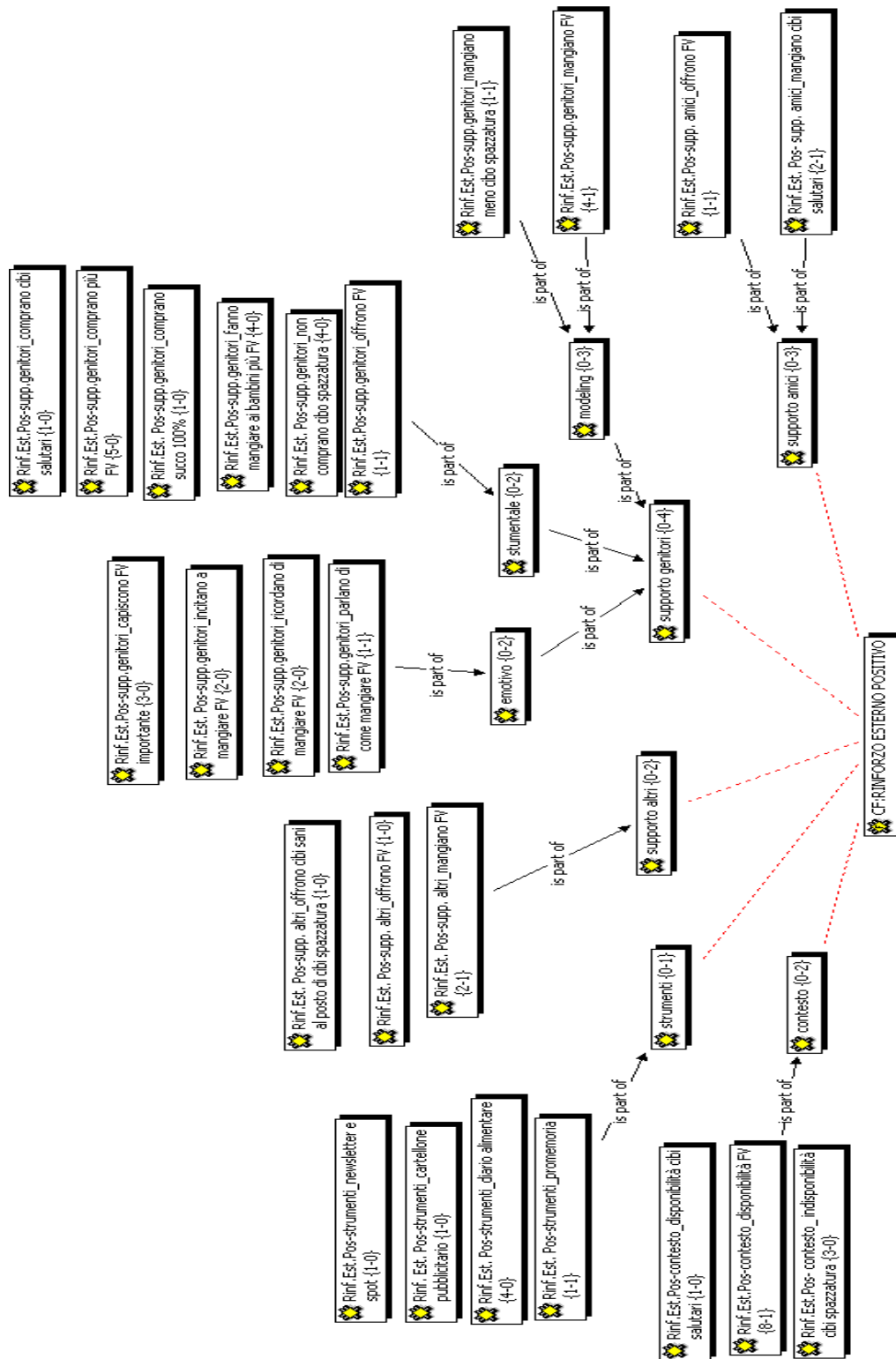
Complessivamente possiamo rilevare come il rinforzo maggiore dichiarato dai bambini si riferisca al supporto genitoriale percepito, a conferma dei risultati delle analisi dei dati quantitativi, che hanno registrato un incremento di questa variabile sia al post-test (Tabella 3) che al delayed post-test (Tabella 7). Tali risultati sono in accordo con quelli della ricerca di Tanner e colleghi (2008), in cui le analisi del focus group hanno fatto emergere tra i temi fondamentali quello del supporto genitoriale percepito. Il comportamento dei genitori come rinforzo positivo verso una sana alimentazione è emerso anche dalle analisi dei focus group con 300 bambini tra i 9 e gli 11 anni di una ricerca di Dixey e colleghi (2001), i cui risultati hanno indicato come fattori chiave per la salute percepiti dai bambini: l'incoraggiamento da parte dei genitori a mangiare frutta e verdura anziché dolci; le restrizioni poste dai genitori sul consumo di "cibo spazzatura"; la preparazione di pasti salutari da parte dei genitori.

Il supporto dei genitori che, come abbiamo visto, è una tra le determinanti principali per il consumo di frutta e verdura da parte dei loro figli (Reynolds et al., 1999; Cooke et al., 2003; Niederer et al., 2009), viene associato spesso, nelle espressioni dei bambini partecipanti al nostro focus group, all'ambiente nutrizionale domestico, poiché, soprattutto il supporto strumentale relativo all'acquisto di frutta e verdura influisce sulla disponibilità di determinati cibi a casa, che diventa per i bambini un incentivo al loro consumo, in accordo con i risultati delle ricerche di Cullen e colleghi (2000), Neumark-Sztainer e colleghi (2003) ed Evans e colleghi (2006). I bambini hanno dunque

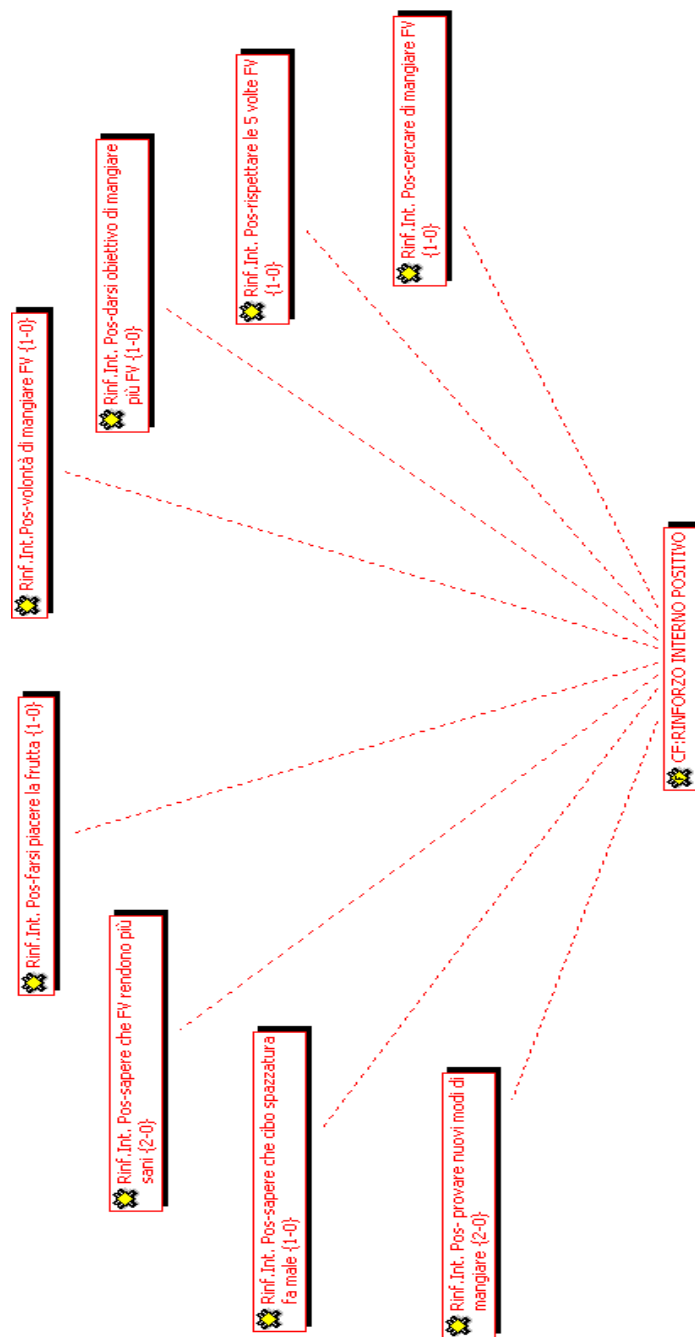
percepito come i rinforzi modifichino l'ambiente e, includendo tra tali rinforzi anche i prodotti mediali realizzati durante il laboratorio, si può trovare conferma di quanto sostenuto da Zani e Cicognani (2000, p. 213): "Il rinforzo del comportamento produce stili di vita (modelli durevoli di comportamento) che a loro volta influenzano l'ambiente. Infatti i rinforzi sociali, come le immagini dei mass media, definiscono delle norme di comportamento che si trasmettono da una generazione alla successiva sottoforma di cultura".

Sul fronte dei supporti interni, possiamo osservare come l'acquisizione di nuove conoscenze in tema di salute, come vedremo a breve nella discussione relativa al tema "Conoscenze di salute", risulti per i bambini un fattore motivante, in accordo con Anderson e colleghi (2005), e come l'obiettivo da perseguire, in accordo con Bandura (1997), costituisca un importante incentivo all'azione, soprattutto per i bambini stessi che, percependo nella salute una conseguenza distale e non prossimale dei loro comportamenti, hanno solitamente maggiori difficoltà ad attivarsi per perseguire ad esempio una sana alimentazione (Brug et al., 2008). Durante l'intervento, come abbiamo visto, i bambini hanno stabilito per sé stessi un obiettivo di salute, e le loro espressioni durante il focus group in merito al valore motivante e rinforzante del "darsi un obiettivo" conferma quanto sostenuto da Cullen e colleghi (2004) sull'efficacia degli interventi di educazione alla salute che stimolano nei partecipanti la motivazione per obiettivi.

Network 3. Famiglia *Rinforzo esterno positivo*



Network 5. Famiglia *Rinforzo interno positivo*



Network 6. Famiglia *Rinforzo interno negativo*

 Rinf.Int. Neg-difficoltà a resistere al cibo spazzatura {1-0}

 CF:RINFORZO INTERNO NEGATIVO

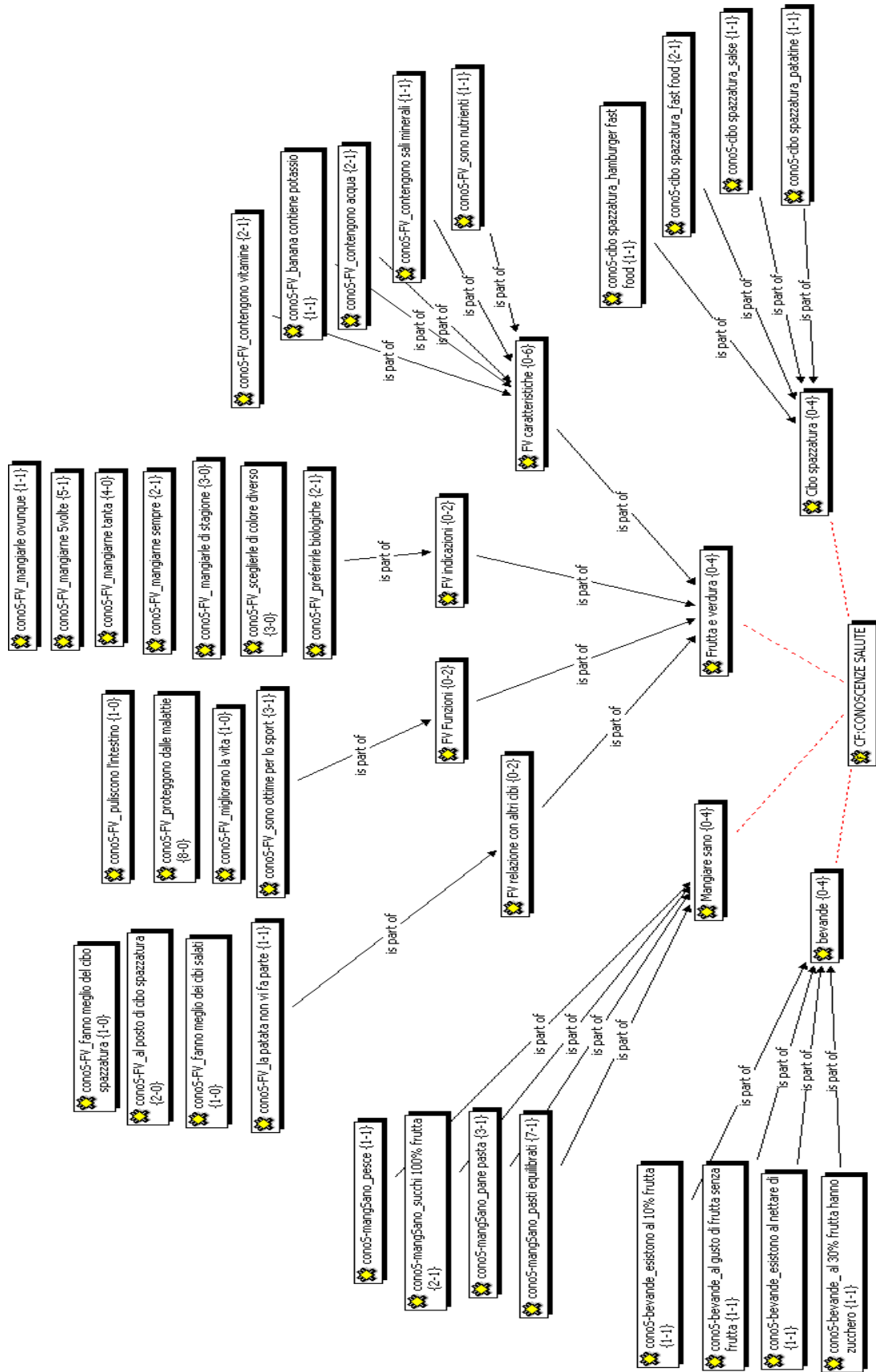
I bambini hanno anche appreso conoscenze ed espresso concezioni sulla salute in linea con i valori relativi ai sani stili di vita condivisi con loro durante l'intervento (Network 7 e Network 8). Per esempio sanno che: “frutta e verdura hanno le vitamine”, “contengono acqua”, “la patata è un vegetale ma non è nella famiglia di frutta e verdura”, “bisogna cercare di mangiare 3 frutti e 2 verdure al giorno”, “bisognerebbe mangiarla di stagione”, “è importante scegliere frutta di colore diverso”; e pensano che: “frutta e verdura mantengono in salute e proteggono dalle malattie”, “fanno crescere sani e genuini”, “è meglio mangiare più frutta e verdura che cibo spazzatura”, “mangiare sano ti fa sentire felice”, “frutta e verdura possiamo gustarla ovunque”.

Riguardo alle concezioni relative al mangiare sano è importante notare che i bambini hanno definito la sana alimentazione come un insieme di cibi che non comprende solo frutta e verdura, ma anche pasta, carne e pesce, e che “mangiare sano” significa anche “non esagerare con i cibi” (nel senso di non mangiare troppo). I bambini sanno inoltre che il “cibo spazzatura fa ingrassare”, “fa venire le malattie e il cancro”, e pensano quindi che “bisogna mangiarne poco di cibo spazzatura”, “bisogna mangiarlo ogni tanto, non tutti i giorni”.

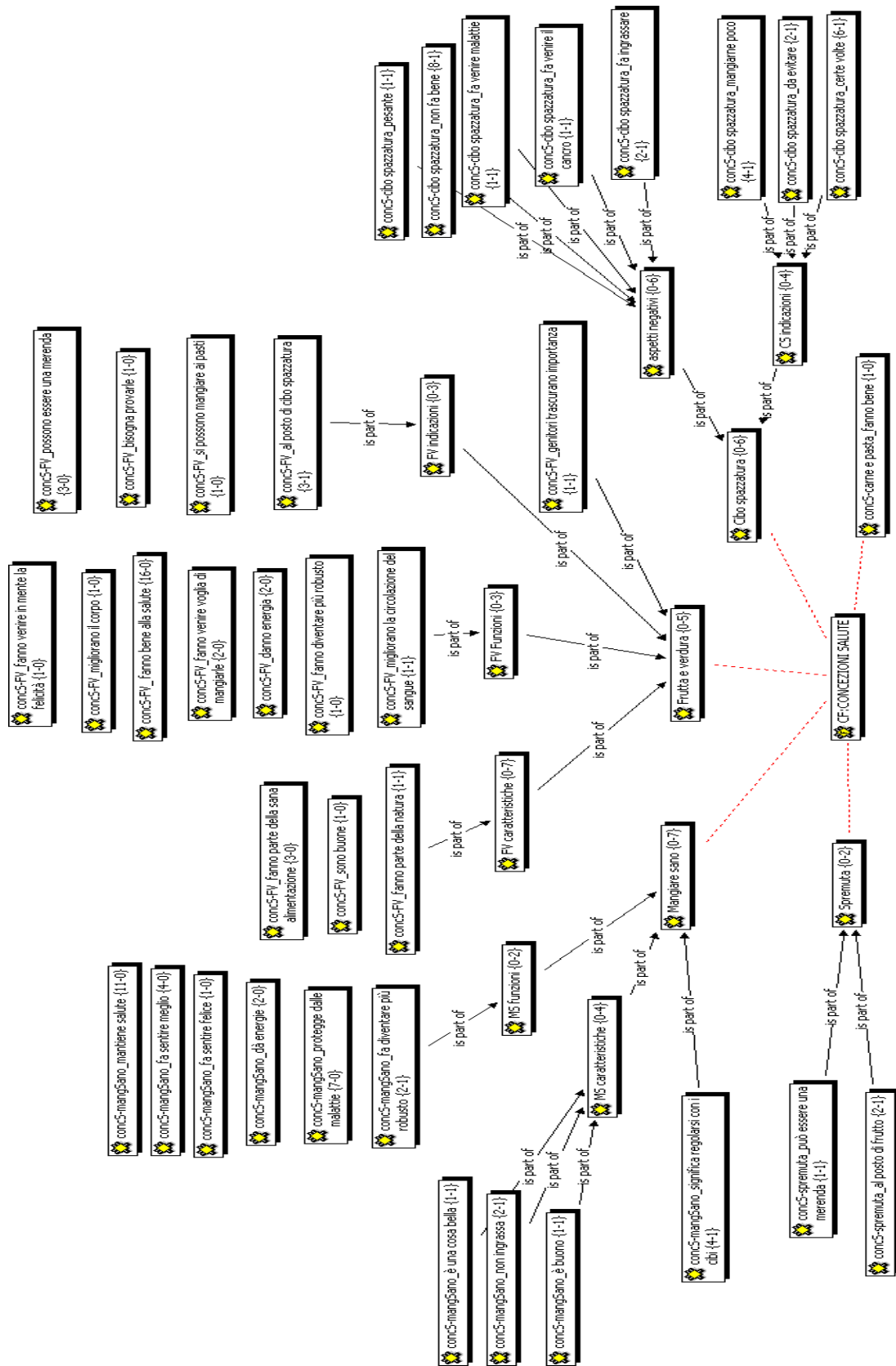
Le conoscenze e concezioni espresse dai bambini partecipanti alla nostra ricerca sono in linea sia con quelle espresse dai bambini della ricerca di Tanner e colleghi (2008), secondo cui le cose più importanti apprese durante l'intervento sono che “frutta e verdura sono importanti”, “fanno bene e fanno vivere più a lungo”, “possono essere mangiate come snack”, e che il “cibo spazzatura fa venire il cancro” (Tanner et al., 2008, p. 118), sia con quelle espresse dai bambini della ricerca di Edwards e Hartwell (2002), in relazione al concetto di “dieta bilanciata” corrispondente all'assunzione di alimenti diversi, e alle raccomandazioni di salute che prevedono il consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e verdura.

L'acquisizione di nuove conoscenze e la maturazione di nuove concezioni sulla salute in seguito ad un intervento educativo per promuovere la sana alimentazione è un risultato confermato anche dalle ricerche di McGaffey e colleghi (2010). Secondo Anderson e colleghi (2005) accrescere la consapevolezza dei bambini in relazione ai temi di salute legati al consumo di frutta e verdura è un fattore motivante verso il consumo stesso di tali alimenti, poiché, come abbiamo visto nell'analisi della famiglia "rinforzi", tale consapevolezza aiuta i bambini a perseguire una sana alimentazione, e quindi le conoscenze e concezioni interiorizzate dai bambini partecipanti alla nostra ricerca possono aver influenzato, assieme agli altri fattori precedentemente esaminati, la loro motivazione verso la sana alimentazione, spiegando l'incremento della relativa variabile, sia al post-test (Tabella 3) sia al delayed post-test (Tabella 7).

Network 7. Famiglia Conoscenze sulla salute



Network 8. Famiglia *Concezioni sulla salute*

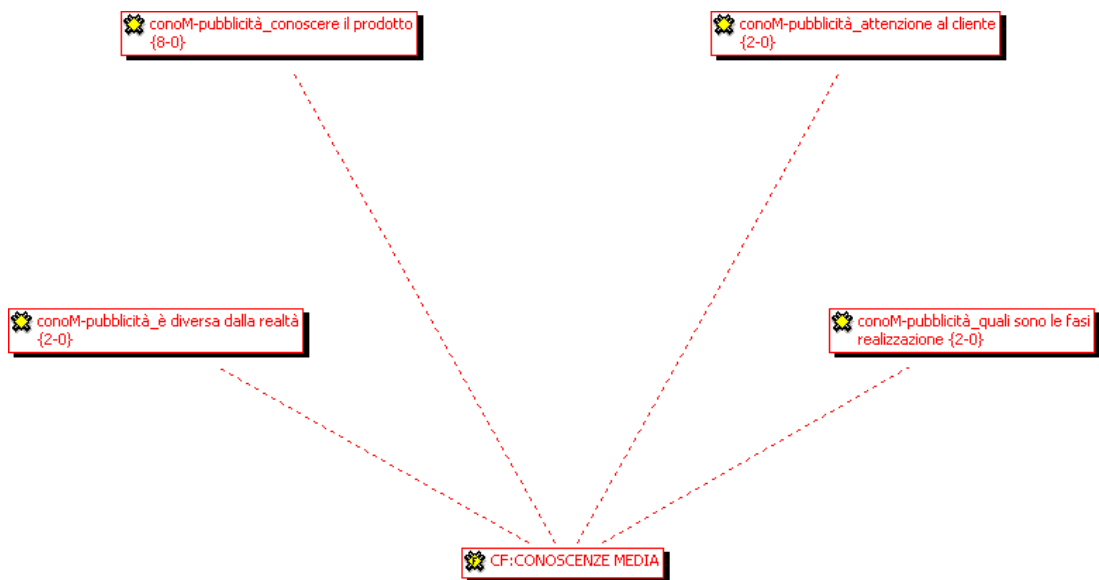


Anche in relazione alle conoscenze e concezioni sui media (Network 9 e Network 10), l'analisi del contenuto dei focus group ha fatto emergere una consonanza tra quanto è stato espresso dai bambini e i temi affrontati durante la fase di alfabetizzazione mediale e quella laboratoriale sulla realizzazione della campagna mediale. I bambini hanno detto di sapere che la pubblicità "usa l'estetica" ed "è diversa dalla realtà", e conoscono i fini commerciali di tale prodotto mediale (es. "la pubblicità spinge a comprare"); inoltre pensano che "la pubblicità dice solo le cose positive e non quelle negative", spiegando che "cercano d'imbrogliarci nel senso che ci fanno vedere che questi sono felici, che costa poco, che ti fa bene, e che invece non è così", e che "dovrebbe essere più realistica" e "bisognerebbe farla più di cibi salutari che di cibi spazzatura". Hanno inoltre associato queste conoscenze e concezioni, acquisite in fase di alfabetizzazione mediale, alle conoscenze e concezioni acquisite durante la fase del laboratorio, affermando ad esempio: "le nostre newsletter hanno attirato a mangiare frutta e verdura", "bisognerebbe descrivere molto bene la frutta e la verdura per non ingannare", "con questa newsletter abbiamo fatto provare ai nostri genitori magari a prepararci queste cose" (ovvero quelle descritte nella newsletter stessa, ad es. pasta con i broccoli, verdure al vapore, macedonia, ecc...).

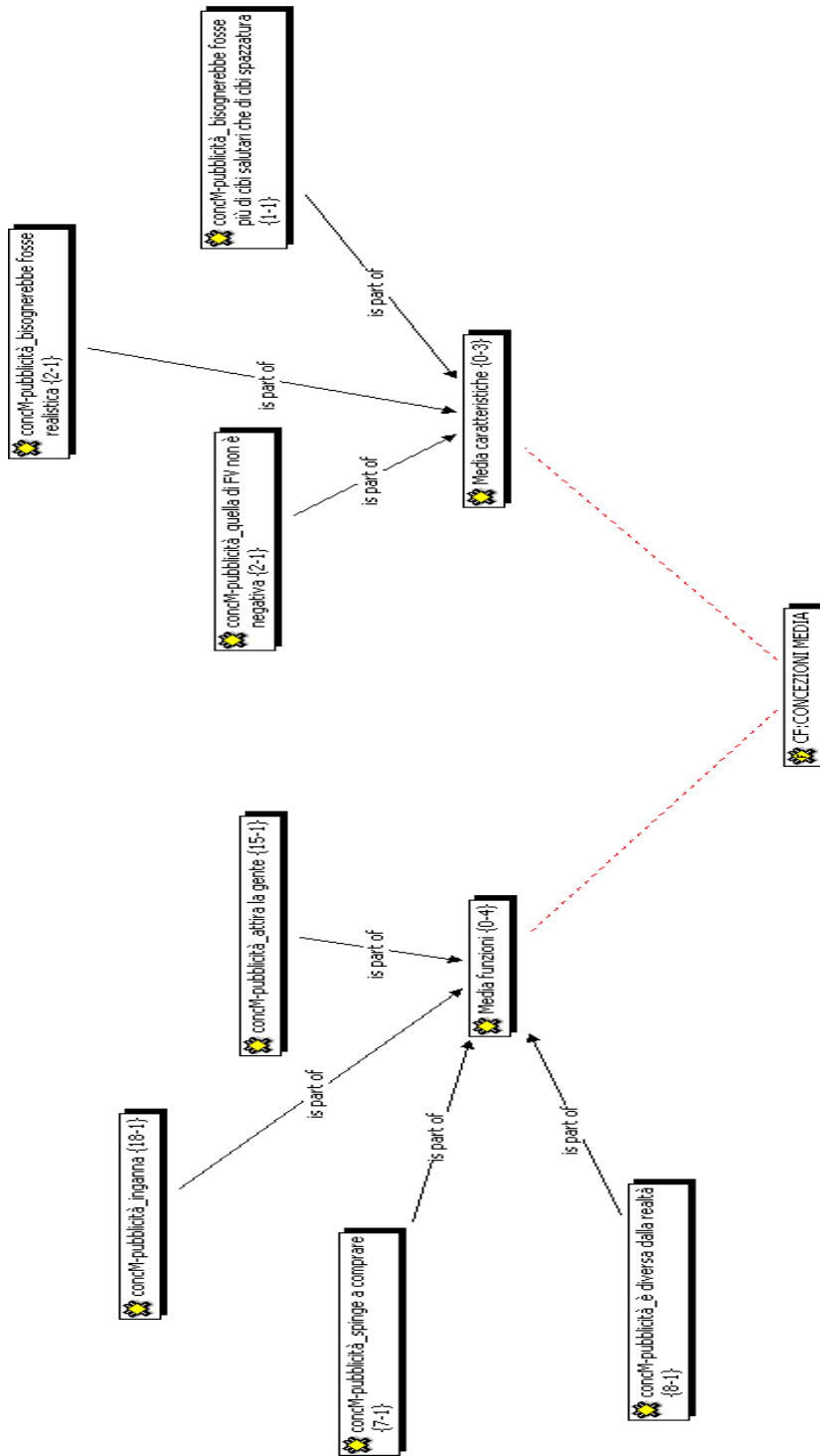
Secondo Kunkel (2001), le conoscenze e concezioni sui media, soprattutto quelle relative alle pubblicità di prodotti alimentari, possono influire sulle scelte di salute dei bambini, e i risultati dell'analisi qualitativa dei nostri focus group sono in linea con quanto sostenuto da Pellai (2010), riguardo alle misconcezioni sui temi di salute che la pubblicità può indurre attraverso la "glamourizzazione" del prodotto (es. "ti incantano e ti fanno andare, anche al Mc Donald che mettono tutti personaggi dei cartoni invitano i bambini ad andare a mangiare", e riguardo al panino con l'hamburger "nella pubblicità è bello morbido e grande e c'è tanta roba, invece quando lo prendi è più piccolo e sembra meno buono"). Da un altro punto di vista, i nostri risultati concordano anche con quelli di Rosen e colleghi (2010), secondo cui si possono veicolare efficacemente attraverso i media informazioni corrette in tema di salute, che il pubblico riesce a distinguere da quelle scorrette (es. "le pubblicità di frutta e verdura non hanno niente di negativo", "abbiamo messo i loro elementi positivi, che sono veri").

Infine, per quanto concerne l'acquisizione di nuove conoscenze e una maggior consapevolezza riguardo alle strategie sottostanti gli spot televisivi in seguito alla partecipazione ad un intervento di educazione mediale, i nostri risultati sono in linea con quelli della ricerca etnografica condotta da Hundley (2004) con bambini di 9 anni che hanno seguito un intervento di educazione mediale centrato sul linguaggio pubblicitario. Inoltre, in accordo con i risultati della ricerca di Hobbs (2004) sull'efficacia di un intervento di educazione mediale sull'analisi dei messaggi pubblicitari della carta stampata e della televisione rivolto a bambini di *primary school*, anche i partecipanti al nostro intervento, come abbiamo visto, hanno acquisito conoscenze relative alle finalità e alle strategie persuasive dei messaggi pubblicitari.

Network 9. Famiglia *Conoscenze sui media*



Network 10. Famiglia *Concezioni sui media*



Per quanto concerne le abilità di analisi critica (Network 11) espresse dai bambini durante il focus group, possiamo notare che essi riescono ad identificare le strategie comunicative impiegate per confezionare i messaggi pubblicitari (es. “ci sono delle belle immagini, il colore, la luce, fanno vedere magari mentre uno mangia quel prodotto, ci mettono tanta luce”; “i saccottini che avevamo visto che in pubblicità li fanno vedere con tanta crema”; “la cosa più importante per loro è anche ingrandire l’oggetto”; “anche sulle pubblicità si mettono gli effetti”; “fanno un sorriso smagliante”; “mostra la felicità”), e sanno che tali strategie esercitano un’influenza sul comportamento del pubblico, alla quale è importante resistere (es. “non ci si deve far prendere dalla pubblicità nel senso che se tu vedi una cosa bella dalla pubblicità vuoi andarla a prendere subito”; “la pubblicità sul cibo non bisogna fidarsi tanto”; “non dobbiamo farci influenzare dalla pubblicità magari dove ci sono, non so, personaggi famosi che conosciamo, allora la gente dice ‘guarda, conosco quel personaggio famoso e allora voglio provare anch’io quello che mangia’”).

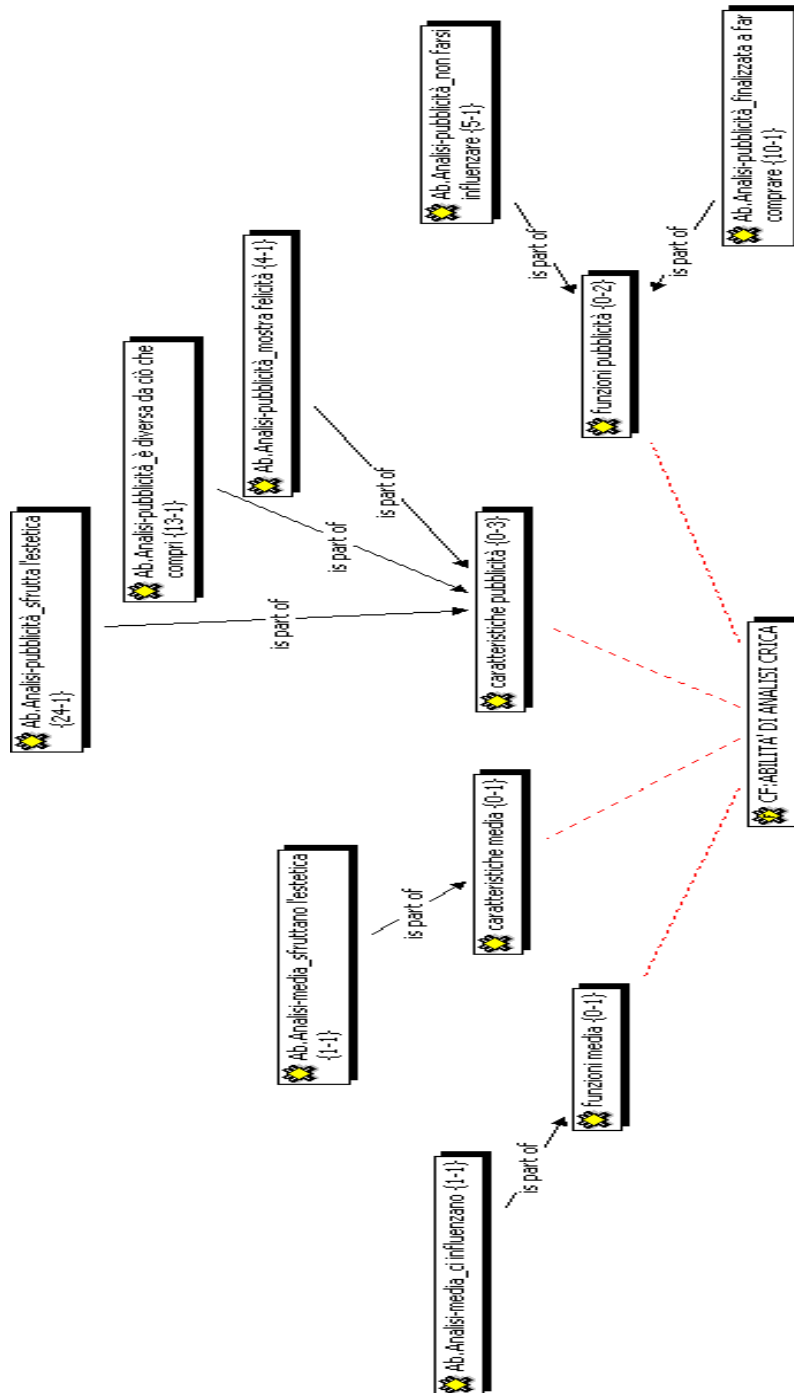
In linea con le finalità dell’intervento di educazione mediale svolto in relazione all’acquisizione di abilità di espressione (Network 12), i bambini hanno riferito di saper: stabilire il target e l’obiettivo del messaggio pubblicitario (es. “per convincere a mangiare sano quelli che mangiano di solito sempre cibo spazzatura”; “bisognava attirare i nostri genitori per farci mangiare più frutta e verdura”; “convincere tutti che frutta e verdura ti fanno crescere in modo sviluppato”); creare newsletter e affiche (es. “abbiamo detto nelle newsletter che frutta e verdura fanno molto bene e ci mantengono in salute, per questo devi mangiarne tanta”; “le newsletter hanno tanti colori e allora ci convincono”; “abbiamo fatto i cartelloni con tutto, il logo, lo slogan, i disegni, ...”); creare uno slogan e un logo (es. “come slogan per esempio: se vuoi trovare il buon umore, mangia cereali a colazione”; “il logo è tipo un disegnetto, tipo con una scatola di cereali si può mettere un cereale che sorride”); eseguire tutti i passaggi per la realizzazione di uno spot video (es. “bisogna disegnarlo lo storyboard con tutte le scene”; “bisognava scegliere il tipo d’inquadrature, tipo il campo medio, campo lunghissimo...”; “abbiamo fatto noi le riprese”; “io e Andrea abbiamo scelto le musiche e poi le abbiamo masterizzate nel film”; “abbiamo montato le varie parti del video”).

Possiamo osservare come le conoscenze acquisite sui media (ad esempio in relazione alle finalità commerciali della pubblicità), in accordo con Hobbs (2004) e Hundley (2004), hanno favorito lo sviluppo di abilità di analisi critica (ad esempio l’analisi delle strategie comunicative che consentono alla pubblicità di raggiungere le proprie finalità). L’acquisizione di abilità espressive, come abbiamo visto, sono comunque funzionali ad accrescere nei bambini uno spirito critico nei confronti dei messaggi mediali (Buckingham, 2003), potenziando la loro consapevolezza dell’esserne fruitori attivi una volta completato il processo di creazione dei messaggi mediali stessi (Craggs, 1992).

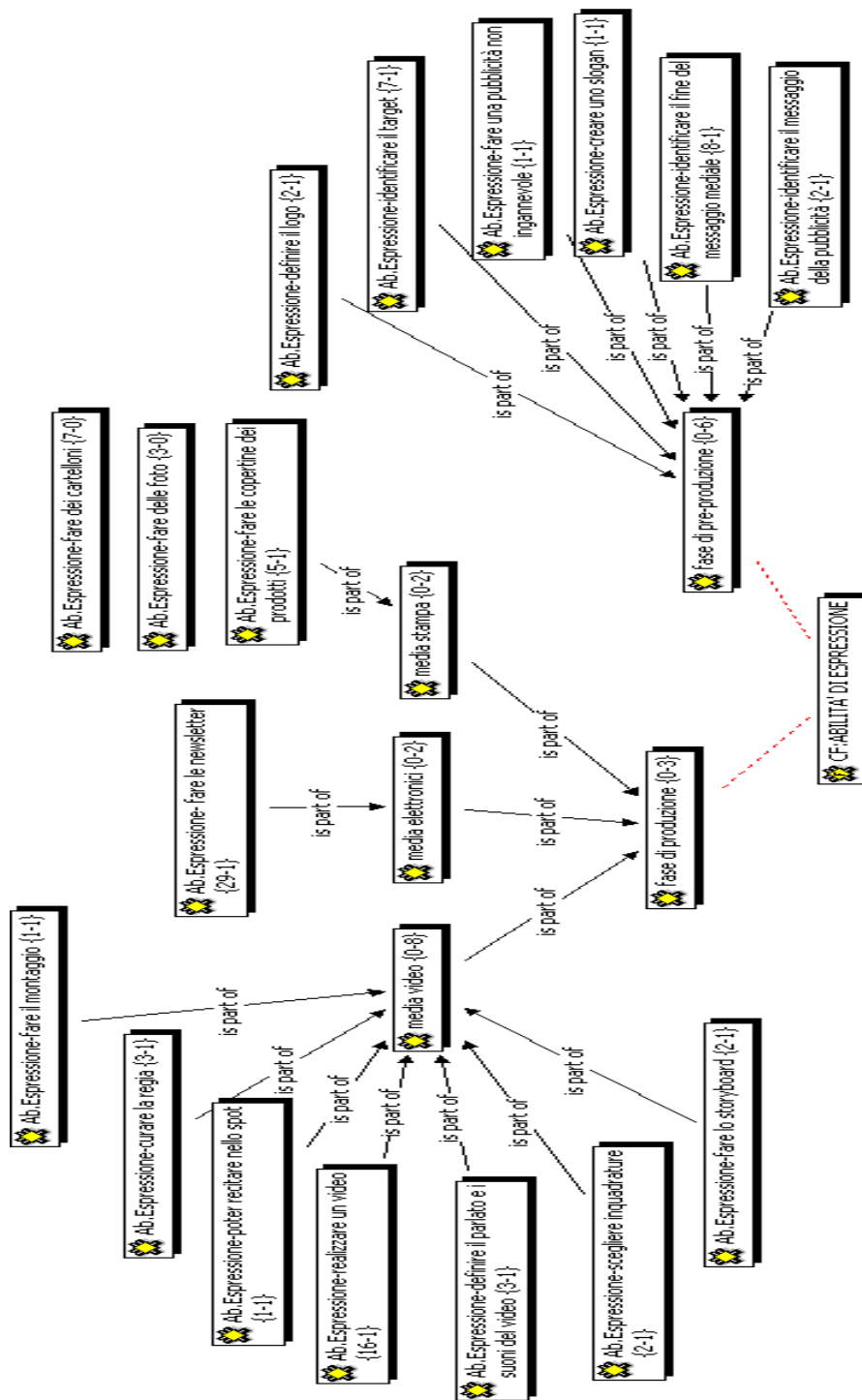
L’acquisizione di abilità di analisi critica e abilità di espressione in seguito ad interventi di educazione mediale nell’ambito della promozione della sana nutrizione influisce sui comportamenti alimentari dei bambini, poiché, in accordo con Livingstone ed Helsper (2004; 2006), maggiore sarà la loro alfabetizzazione mediale e maggiore sarà anche la resistenza all’influenza delle pubblicità sui cibi a loro rivolte. Pertanto

possiamo ritenere, come ipotizzato dal modello teorico di Bergsma e Ferris (2001), che l'abilità di analisi critica e l'abilità di espressione costituiscano una determinante che ha contribuito al cambiamento di comportamento in relazione ad un maggior consumo di frutta e verdura da parte dei bambini che hanno partecipato all'intervento proposto all'interno del nostro studio (tabelle 4,5,8,9).

Network 11. Famiglia *Abilità di analisi critica*



Network 12. Famiglia *Abilità di espressione*



Riguardo alle opinioni sull'intervento (Network 13 e Network 14), i partecipanti ne hanno apprezzato soprattutto la parte laboratoriale poiché hanno potuto realizzare diversi tipi di prodotti medialti (es. "quello che mi è piaciuto di più è stato fare il video"; "mi piacevano gli effetti che stavamo facendo, provare tutti gli effetti e rivedere anche le cose che abbiamo fatto"; "mi è piaciuto fare le newsletter perché sono molto colorate"; "mi è piaciuto anche quando abbiamo fatto i cartelloni e poi sono andati a casa"). Inoltre i bambini hanno espresso giudizi sull'intervento sia in merito alla piacevolezza (es. "è stato divertente"; "eravamo entusiasti di farlo"; "è stato fighissimo") sia in termini di istruttività (es. "mi è piaciuto il progetto perché abbiamo imparato ad insegnare agli altri a mangiare in modo più sano"; "mi è piaciuto perché è stato molto istruttivo"; "ha dato molte informazioni"; "questo progetto è stato utile perché ci ha insegnato la sana alimentazione"). I bambini hanno espresso apprezzamento anche sulla componente relativa al consumo di frutta e verdura durante l'intervento (es. "i momenti quando mangiavamo la frutta e ci chiedevi di chiudere gli occhi per sentire cosa provavamo e poi dirlo"; "mi è piaciuta l'iniziativa di portare a scuola la frutta da assaggiare"; "mi è piaciuto mangiare la frutta per merenda a scuola").

I bambini hanno inoltre sottolineato la validità del progetto anche per i loro genitori che, in seguito all'intervento, sembrano aver cambiato i loro comportamenti (es. "adesso ci fanno da mangiare più frutta e verdura", "hanno imparato di diminuire il cibo spazzatura e di mettere in tavola più frutta e verdura", "hanno avuto più dettagli sull'importanza di mangiare vitamine"). E riportando le opinioni dei genitori stessi sull'intervento i bambini hanno espresso un forte sostegno dato in famiglia alle attività svolte a scuola (es. i genitori hanno detto che: "è stato un ottimo modo per insegnarci a non smettere mai di mangiare frutta e verdura"; "è molto importante questo laboratorio anche per aiutare noi nella sana alimentazione e restare meglio in salute"; "è adatto a noi bambini"; "mia mamma ha detto che anche a lei serve questo progetto perché di solito lei è un po' golosa"; "mia mamma ha detto che siamo stati bravi a montare il film").

L'analisi del contenuto del tema sulle opinioni dei bambini, ha evidenziato come gli aspetti positivi dell'intervento emersi coincidano con lo sviluppo di alcune delle determinanti psicosociali indagate, ovvero con l'acquisizione di nuove conoscenze e di nuove abilità e con la percezione di avere un maggior sostegno in famiglia rispetto alle proprie scelte alimentari.

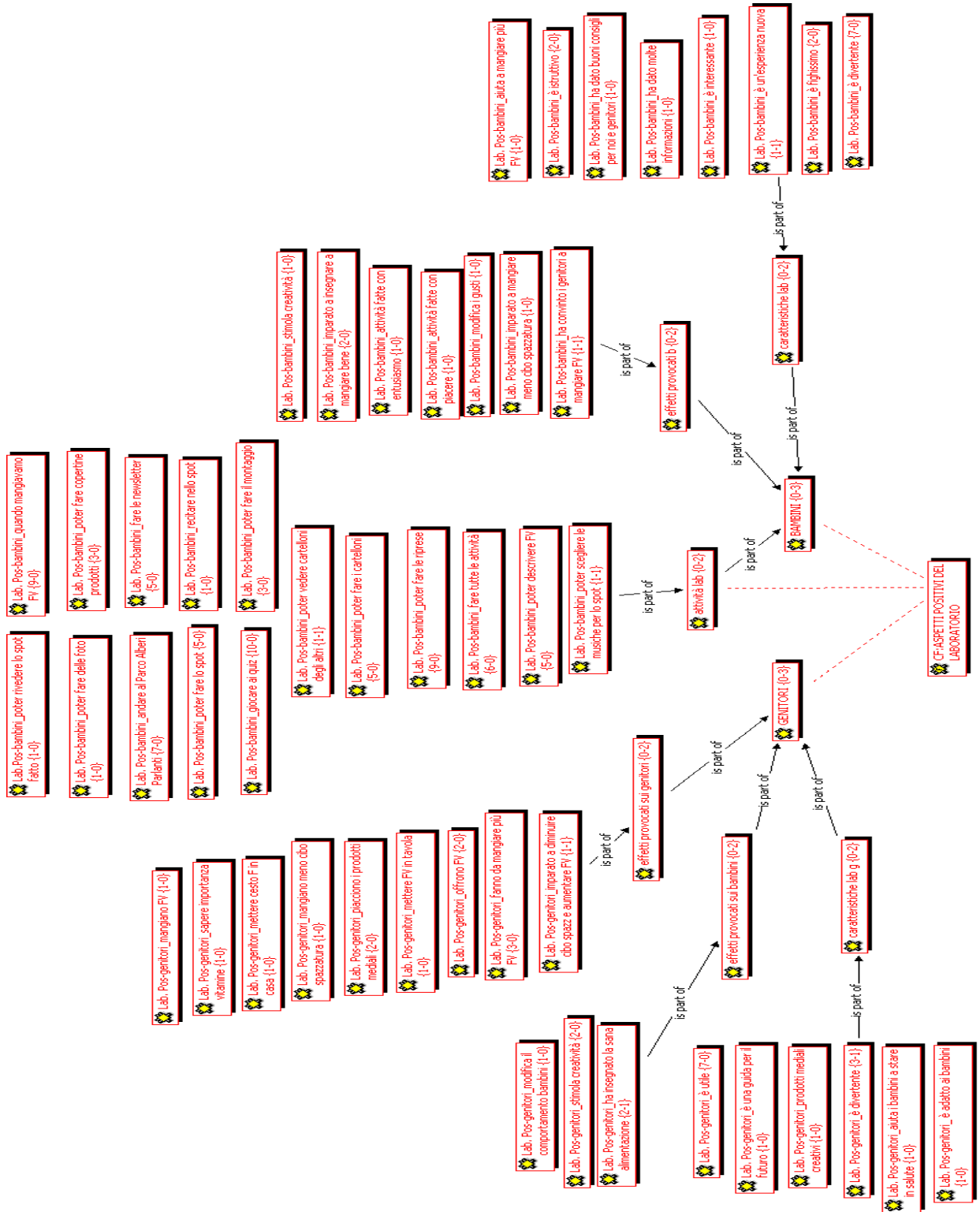
In particolare i bambini hanno espresso di apprezzare della parte laboratoriale dell'intervento proprio le caratteristiche distintive dell'educazione mediale con approccio *production*: la partecipazione attiva e in prima persona al processo creativo (Buckingham, 2003); l'acquisizione di abilità organizzative, di ricerca, di scrittura, di montaggio e di produzione in generale (Kubei, 2005); il trovare nella produzione mediale un'attività 'sfidante in maniera ottimale' (Messina, 2004); la "piacevolezza" nell'apprendere attraverso i media (Alvermann & Hagood, 2000).

Inoltre, l'aver rilevato come aspetto positivo del laboratorio il fatto di aver "imparato ad insegnare agli altri a mangiare in modo più sano" e aver dichiarato di aver cambiato il proprio comportamento non solo assumendo in prima persona più frutta e verdura, ma

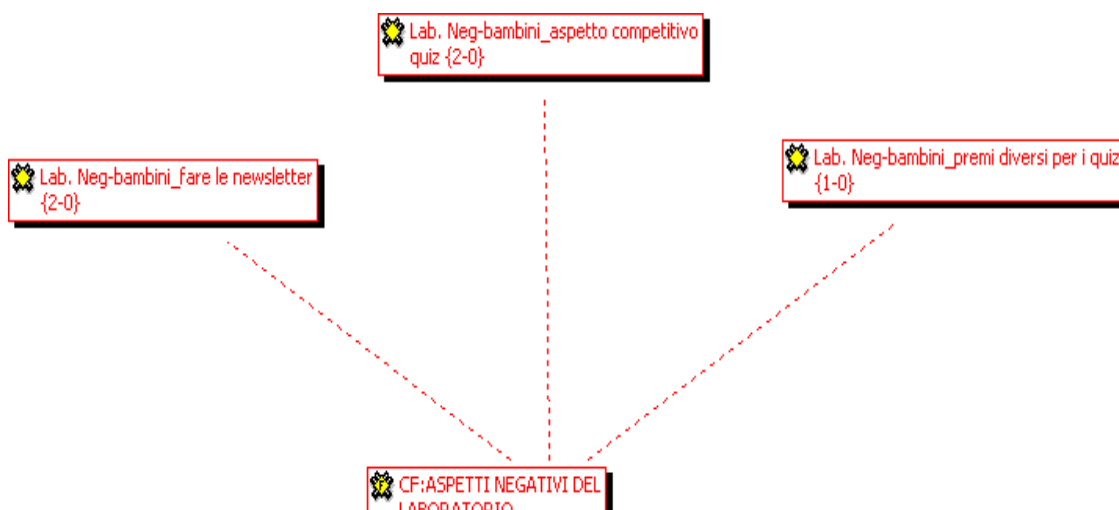
anche incentivando il consumo di tali alimenti da parte di altri (es. “possiamo fare da maestri ai bambini più piccoli che preferiscono mangiare i cibi spazzatura al posto della frutta e verdura che fa bene”), dimostra che i bambini, grazie all’intervento di educazione mediale, hanno portato a compimento il processo di “assunzione in proprio” della problematica trattata (Burn & Durran, 2007; Messina, 2004).

Questi risultati sono in accordo con quelli delle ricerche nell’ambito della *Health promoting media literacy education*, che hanno indagato gli interventi di educazione mediale con approccio *production* (Cicognani et al., 1997; Croghan et al., 2004; Banerjee e Greene, 2006, 2007; Evans et al., 2006; Gonzales et al., 2004; Pinkleton, 2008; Tanner et al., 2008), mettendo in evidenza come tale metodologia abbia suscitato più attenzione e una più positiva percezione dell’attività da parte dei ragazzi.

Network 13. Famiglia Aspetti positivi del laboratorio



Network 14. Famiglia *Aspetti negativi del laboratorio*



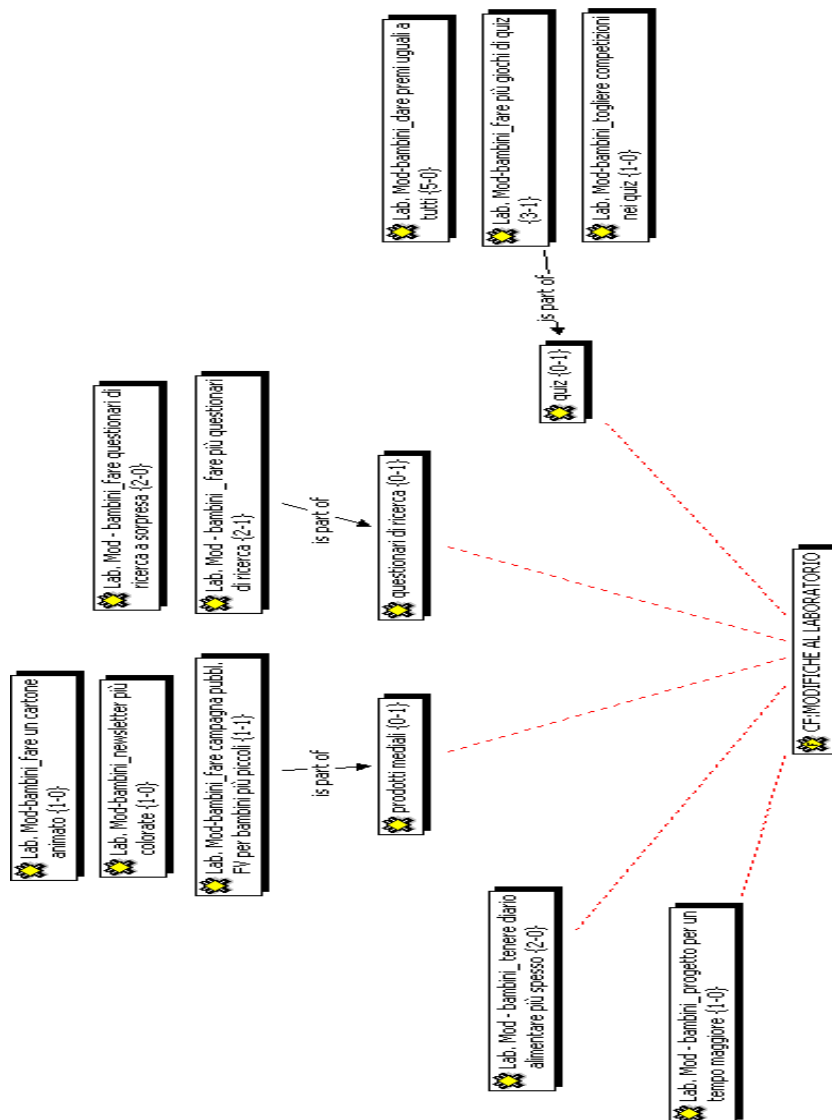
In relazione agli aspetti negativi del laboratorio (Network 14), sono tre le osservazioni principali emerse da parte dei bambini e riguardano: l'aspetto competitivo dei giochi a quiz che si sono svolti durante le prime due sessioni dell'intervento e hanno riguardato domande sulla sana alimentazione; il fatto che venissero assegnati premi diversi alla fine dei giochi a quiz; la difficoltà nel trovare nuovi slogan e nuove modalità comunicative per sei newsletter. Il primo aspetto è controverso, in quanto, come si evince dai Network 13 (aspetti positivi) e 14 (aspetti negativi), due bambini hanno evidenziato che giocare ai quiz è stata un'esperienza poco piacevole, mentre per dieci bambini giocare ai quiz è stato uno degli aspetti maggiormente apprezzati del laboratorio. I giochi a quiz hanno previsto la suddivisione della classe in diversi gruppi, che hanno concorso alla vincita di un premio rispondendo correttamente ad alcune domande inerenti ai temi trattati nelle due sessioni di educazione alla sana alimentazione. Alla fine dei giochi sono stati assegnati due premi diversi, ma di uguale valore economico (consistenti in gadget offerti dalla Ulss 9 di Treviso, ovvero braccialetti unisex e portachiavi) al gruppo vincitore e al resto della classe. Proprio l'aspetto competitivo in sé è stato classificato sia come un aspetto negativo (es. "chi perdeva si sentiva poco apprezzato"; "a me non (piacciono) tanto le competizioni perché gli alti si vantavano") che come un aspetto positivo (es. "mi piacevano le competizioni"; "mi piaceva quando rispondevamo alle domande dei quiz"). E poiché le classi in cui si è svolto l'intervento sono state due e i due bambini che hanno rilevato nel gioco dei quiz un aspetto negativo appartenevano alla stessa classe, possiamo ipotizzare che il clima relazionale del gruppo classe stesso abbia influito sulla percezione positiva o negativa della competizione. I due bambini che hanno evidenziato la negatività dei giochi a quiz hanno spiegato che essa era attribuibile, oltre che all'aspetto competitivo, anche al fatto di aver assegnato premi diversi in base ai punti realizzati.

L'aspetto negativo legato invece alle newsletter è stato evidenziato sempre da due bambini appartenenti alla stessa classe dei bambini che hanno individuato nei quiz un aspetto negativo del laboratorio, ed è stato attribuito alla fatica di trovare le parole

giuste per i testi (es. “mi è piaciuto tutto a parte le newsletter perché bisognava stare lì un po’ troppo per tentare di trovare qualche parola”).

Per quanto riguarda invece le modifiche all’intervento proposte dai bambini (Network 15), quelli che hanno riscontrato un aspetto negativo nell’organizzare i giochi a quiz con premi diversi hanno suggerito la soluzione di dare premi uguali per tutti eliminando la competizione (es. “nelle competizioni tutti devono avere lo stesso premio perché sono comunque bravi”; “togliere i punti dalle competizioni, anche perché così non sono più competizioni”), mentre per coloro che hanno indicato nei quiz un’esperienza piacevole, sarebbe opportuno “fare un po’ di quiz anche verso la fine”, “fare più sai di quelle gare là che dovevamo scrivere a squadre”. Altri bambini invece hanno proposto modifiche riguardo al target della campagna di comunicazione, suggerendo di realizzarne una non per i genitori ma “per bambini più piccoli di noi, per consigliarli di mangiare più frutta e verdura al posto di cibo spazzatura”, e con prodotti mediali diversi, ad esempio “fare un cartone”. Tra le altre modifiche proposte, degne di rilievo a nostro parere sono: l’estensione dell’intervento per l’intero anno scolastico (es. “a me sarebbe piaciuto continuarlo di più il progetto, per tutto l’anno”), la compilazione del diario alimentare per l’intera durata dell’intervento (es. “sempre il diario alimentare per vedere se siamo riusciti a raggiungere il nostro obiettivo”), somministrare i questionari di ricerca più spesso (es. “dopo un po’ vieni là, ci dai un questionario per vedere se continuiamo con il progetto”).

Network 15. Famiglia Modifiche al laboratorio



In fase di codificazione del contenuto del focus group è emersa la frequente co-occorrenza di codici appartenenti a famiglie diverse, pertanto, per indagare la relazione tra famiglie stesse, si è rivelata particolarmente idonea l'*analisi delle co-occorrenze*, da cui è risultato che la famiglia i cui codici co-occorrono più spesso con i codici di altre famiglie è quella *dell'abilità di espressione* (Network 16).

La famiglia *abilità di espressione* infatti co-occorre con le seguenti 6 famiglie: *conoscenze sulla salute* (es. “abbiamo fatto la newsletter dei succhi di frutta e abbiamo imparato che la cosa più importante dei succhi di frutta è che siano al 100% frutta”); *conoscenze sui media* (es. “per fare le newsletter abbiamo cercato di descrivere il prodotto in modo completo con i suoi ingredienti”); *concezioni sui media* (es. “le nostre newsletter hanno attirato a mangiare frutta e verdura”), *abilità di analisi critica* (es. “le newsletter che abbiamo fatto hanno tanti colori e allora ci convincono”); *comportamento* (es. “quando abbiamo fatto le newsletter, abbiamo anche mangiato i

frutti del colore che abbiamo fatto”); *aspetti positivi del laboratorio* (es. “a me è piaciuto molto fare le riprese”).

La famiglia *comportamento* co-occorre con 4 famiglie; oltre che con *abilità di espressione*, anche con: *conoscenze sui media* (es. “abbiamo mangiato la frutta per conoscere il prodotto che dovevamo pubblicizzare”), *aspetti positivi del laboratorio* (es. “mi è piaciuto quando alla fine della lezione mangiavamo la frutta e provavamo”) e *modifiche del comportamento* (es. “mangiare le clementine a scuola, perché non le mangiavo da tanto e allora adesso mi piacciono”).

La famiglia *aspetti positivi del laboratorio* co-occorre anch'essa con 4 famiglie; oltre che con *abilità di espressione e comportamento* (es. di tre codici co-occorrenti: “mi è piaciuto anche quando abbiamo fatto quella foto con la frutta e la verdura che avevamo fatto a gruppi e poi l'abbiamo lavata e l'abbiamo mangiata”), anche con *modifiche del comportamento* (es. “il laboratorio ci aiuta a mangiare più frutta e verdura”) e *rinforzo esterno positivo* (es. “dal progetto i genitori hanno imparato di mettere sempre frutta e verdura in tavola”).

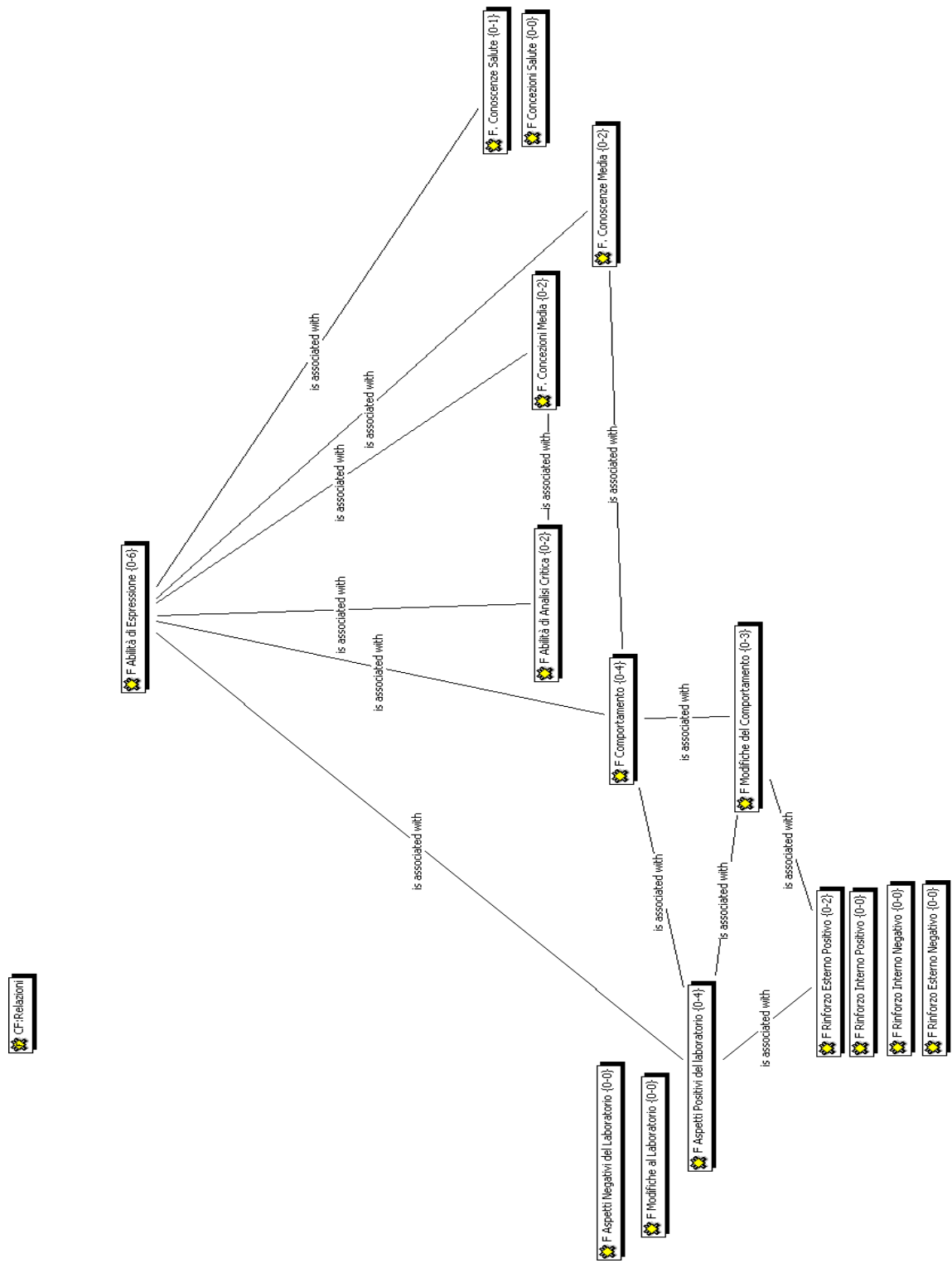
La famiglia *modifiche del comportamento* co-occorre con 3 famiglie; oltre che con *comportamento e aspetti positivi del laboratorio*, anche con *rinforzo esterno positivo* (es. “i genitori ci fanno mangiare più frutta e verdura”).

Le famiglie *abilità di analisi critica e concezioni sui media*, oltre che con *abilità di espressione*, co-occorrono anche tra loro (es. “le pubblicità dicono le bugie perché la Fanta contiene pochissimo succo di arancia e la bottiglia è arancione per far capire che c'è tanta arancia dentro”).

Da questa analisi risultano infine 6 famiglie prive di co-occorrenze: *concezioni sulla salute*, *rinforzo interno positivo*, *rinforzo interno negativo*, *rinforzo esterno negativo*, *aspetti negativi del laboratorio* e *modifiche al laboratorio*. Tale risultato potrebbe essere dovuto al fatto che, ad esempio, *conoscenze sulla salute* e *concezioni sulla salute* siano due famiglie essenzialmente simili, e poiché è stato adottato il criterio di massima fedeltà alle risposte dei bambini, sono state codificate come concezioni le risposte date alle domande sulle concezioni e come conoscenze le risposte date alle domande sulle conoscenze, con la possibilità che bambini diversi possano aver dato la stessa risposta a domande diverse, e che tali identiche risposte siano state codificate in modo diverso. Pertanto può essere risultata una co-occorrenza di un codice appartenente alla famiglia dell'abilità di espressione con un codice appartenente alla famiglia delle conoscenze sulla salute, su un concetto espresso dai bambini anche come concezione della salute, ma che essendo stato codificato in maniera diversa non risulta in realtà co-occorrente con nessun altro codice, portando la famiglia delle concezioni della salute a non co-occorrere con nessun'altra famiglia.

Riguardo alle altre famiglie che sono prive di co-occorrenze, tale risultato può essere dovuto al fatto di caratterizzarsi come famiglie appartenenti a temi molto specifici e con una presenza di codici esigua rispetto al numero di codici emersi dalle altre famiglie indagate, e quindi con minori possibilità che si possano verificare delle co-occorrenze di codici.

Network 16. Analisi delle co-occorrenze



Il network delle famiglie co-occorrenti fa emergere una relazione tra i costrutti teorici indagati (corrispondenti a fattori che determinano i comportamenti di salute) che evoca il rapporto dinamico del “determinismo reciproco” tra ambiente, comportamento e fattori personali, su cui si fonda la *Teoria socio-cognitiva* di Bandura (1986)⁸⁶, a cui si riferisce in parte il modello teorico integrato della nostra ricerca (adattato da Bergsma e Ferris, 2011)⁸⁷. Come abbiamo visto, in questa teoria si afferma che l’ambiente, e per esso si intende sia quello sociale che quello fisico, può influenzare sia il comportamento che le cognizioni ed emozioni degli individui, ma che anche gli individui hanno le abilità e le competenze per poter modificare l’ambiente al fine di renderlo adatto alle proprie esigenze. Inoltre, come sostiene Dovigo (2009, p. 71), riferendosi al determinismo reciproco della teoria di Bandura (1986): “è possibile favorire la capacità volontaria di prendere decisioni e compiere scelte libere solo se tali azioni coinvolgono contemporaneamente le persone e il loro contesto”.

Nel rispetto delle espressioni proferite dai bambini, che prediligono l’uso delle congiunzioni piuttosto che lo stabilire un rapporto di causa-effetto tra le azioni descritte (es. mangiare la frutta e fare le newsletter sulla frutta mangiata, piuttosto che mangiare la frutta per fare le newsletter sulla frutta mangiata), è stata eseguita l’analisi delle co-occorrenze tra famiglie e non quella della causalità tra famiglie. E seppur Bandura (1986) consideri causale il rapporto tra fattori ambientali, personali, e comportamento, possiamo ragionevolmente interpretare la co-occorrenza tra famiglie come un rapporto di reciproca influenza tra i fattori a cui le famiglie stesse si riferiscono, anche alla luce della letteratura citata in fase di discussione dei risultati dell’analisi del contenuto del focus group, che si fonda prevalentemente sulla *Teoria socio-cognitiva* (Bandura, 1986).

I bambini ad esempio hanno imparato le caratteristiche di frutta e verdura (conoscenze sulla salute), perché tali conoscenze erano funzionali a confezionare un’efficace campagna di comunicazione su questi cibi (abilità di espressione) e sono state identificate inoltre come un fattore motivante per incrementare il loro consumo di frutta e verdura (comportamento) (in accordo con Anderson et al., 2005; Evans et al., 2006). Il consumo di frutta e verdura (comportamento), d’altro canto, ha a propria volta influenzato l’abilità di espressione, poiché conoscere il prodotto, in questo caso direttamente attraverso la sua assunzione, ha fatto in modo che i bambini potessero esprimere nei prodotti medialti con maggior sicurezza e con maggior chiarezza i loro aspetti positivi (in accordo con Tanner et al., 2008). Le modifiche del comportamento riguardanti le aumentate richieste ai genitori di comprare più frutta e verdura hanno influenzato il rinforzo esterno positivo, definito in termini di supporto genitoriale percepito strumentale, che a propria volta ha influito sul comportamento dei bambini in termini di consumo di frutta e verdura, poiché essi stessi hanno dichiarato di aver assunto la frutta e verdura acquistata dai genitori (in accordo con Baranowski et al., 2000; Cullen et al., 2000). Le conoscenze sui media hanno influenzato il comportamento poiché l’apprendimento da parte dei bambini delle finalità commerciali

⁸⁶ Cfr. Cap. 1 par. 1.1.2.

⁸⁷ Cfr. Cap. 1 par. 1.3.3.

della pubblicità e le strategie persuasive messe in atto dai suoi messaggi ha costituito un fattore demotivante rispetto al consumo di cibi non sani (tra cui i bambini hanno citato l'hamburger del McDonald, le patatine fritte, le merendine e l'aranciata) (in accordo con Livingstone & Helsper, 2004). Le conoscenze e le concezioni sui media, l'abilità di analisi critica e l'abilità di espressione, in accordo con Buckingham (2003), si sono reciprocamente influenzate poiché: da un lato aver appreso tecniche e strategie comunicative sui linguaggi mediali (conoscenze) ha modificato le concezioni dei bambini sui prodotti mediali (es. pensano che la pubblicità non sia sempre una fonte di informazione attendibile perché si avvale di strategie che tendono ad esaltare solo gli aspetti positivi del prodotto), consentendo loro di sviluppare l'abilità di analisi critica nella fruizione dei messaggi mediali stessi e di concretizzare le conoscenze acquisite attraverso lo sviluppo delle abilità espressive per realizzare i prodotti mediali della loro campagna di comunicazione; dall'altro, lo sviluppo delle abilità di espressione durante la fase laboratoriale dell'intervento ha accresciuto sia le conoscenze sui media dei bambini, sia la loro abilità di analisi critica, poiché certe dinamiche produttive (ad es. come si creano effetti visivi o effetti sonori) si apprendono più facilmente attraverso l'esperienza diretta.

I bambini, riconducendo la maggior parte degli aspetti relativi all'esperienza vissuta durante l'intervento, sia per quanto riguarda l'acquisizione di conoscenze e di abilità sia per quanto concerne il comportamento e i vissuti emotivi (espressi in termini di "entusiasmo" e di "divertimento"), alla creazione di messaggi mediali, evidenziano l'importanza che per loro ha rivestito la fase laboratoriale dell'intervento.

Dall'analisi delle co-occorrenze infatti emerge che l'*abilità di espressione*, essendo associata, come abbiamo visto, a conoscenze sulla salute, conoscenze e concezioni sui media, abilità di analisi critica, comportamento e aspetti positivi dell'intervento, si trova al centro delle relazioni tra la maggior parte dei costrutti teorici indagati. L'abilità di espressione è una delle principali abilità stimulate dall'educazione mediale con approccio *production* (Buckingham, 2003; Galliani, 2002a; Messina, 2004; Ardizzone & Rivoltella, 2008; Bergsma & Ferris, 2011), e quindi possiamo ricondurre alla metodologia adottata dall'intervento proposto uno degli aspetti chiave che hanno determinato il suo successo, in termini di modifica delle variabili oggetto di analisi nella ricerca.

Questo risultato conferma l'efficacia dell'educazione mediale come "prassi" per le altre educazioni, e in particolare per la promozione della salute (Bergsma & Carney, 2008), poiché, attraverso l'attività di produzione mediale, i bambini non solo acquisiscono nuove conoscenze e abilità nell'ambito della comunicazione attraverso i media, ma nello stesso tempo entrano in contatto in modo motivante e sfidante con la tematica oggetto dei contenuti dei messaggi mediali da creare, interiorizzandone concetti, aspetti, problematiche (Felini, 2004; Messina, 2007a; Parola, 2008; Martens, 2010), e talvolta, come nel nostro caso, modificando il loro comportamento (Bergsma & Ferris, 2011).

L'indagare sul costrutto dell'abilità di espressione e l'individuazione della sua incidenza sull'efficacia del nostro intervento di educazione mediale per incentivare il

consumo di frutta e verdura da parte dei bambini rappresenta inoltre un aspetto prettamente pedagogico del nostro studio che risponde alle raccomandazioni indicate dalla letteratura di riferimento per lo sviluppo del settore di ricerca *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Ferris, 2011)⁸⁸. Come abbiamo visto infatti, la maggior parte degli studi in quest'ambito si avvale di strumenti prevalentemente di tipo quantitativo e si focalizza per lo più su dati di tipo epidemiologico, affiancati dalle misurazioni delle variabili psicosociali prese in esame come determinanti del comportamento di salute, ma raramente approfondisce i “media literacy core concepts/skills” inclusi nell'intervento e l'approccio pedagogico adottato (Bergsma & Carney, 2008). Tra le variabili oggetto d'indagine per le nuove ricerche sulla promozione della salute attraverso l'educazione mediale vengono infatti invocate in modo particolare le conoscenze sui media e l'acquisizione delle abilità di analisi critica e di espressione (Bergsma, 2011), che sono state oggetto delle analisi qualitative della nostra ricerca.

In sintesi, l'analisi qualitativa del focus group, da un lato, conferma i risultati dell'analisi dei dati quantitativi, avvalorando quanto già dimostrato dalla letteratura di riferimento, ovvero l'efficacia dell'intervento di educazione mediale con approccio *production* per affrontare il problema evolutivo della sana alimentazione, riferita in particolare al consumo di frutta e verdura (Baranowski et al., 2000; Evans et al, 2006; Tanner et al. 2008), dall'altro fornisce acquisizioni del tutto nuove, rispetto alla letteratura di riferimento fino ad oggi consultata, riguardanti gli aspetti pedagogici dell'indagine e consistenti nell'esplorazione della relazione tra costrutti teorici indagati, al cui centro è emerso quello dell'*abilità di espressione*, che può essere quindi considerata uno tra i fattori, riferito in modo specifico all'ambito dell'educazione mediale, determinanti per l'efficacia dell'intervento stesso.

⁸⁸ Cfr. Cap. 1, par. 1.3.2.

Capitolo 3. Considerazioni su risultati, limiti e prospettive della ricerca

3.1. Riflessioni sui risultati

Il primo obiettivo di questa ricerca è stato quello di sviluppare un intervento di educazione mediale con approccio *production* per bambini di 10 anni e i loro genitori, con l'intento di incentivare il consumo di frutta e verdura da parte dei minori partecipanti, all'interno della più ampia cornice della sana alimentazione. L'intervento è stato progettato dalla dottoranda, specializzata in educazione mediale, con la supervisione della professoressa Laura Messina, docente di educazione mediale all'Università degli Studi di Padova, e della professoressa Alexandra Evans, docente di educazione alla salute della University of Texas, e grazie anche all'apporto di esperti di sana alimentazione che operano nell'ambito della salute pubblica, la dottoressa Simona Dalla Pria e la dottoressa Marina Mariot, rispettivamente dietista e pediatra dell'Azienda sanitaria locale n. 9 di Treviso.

L'intervento è stato pianificato seguendo sia le linee guida internazionali, dettate dal *Programma quadro dell'Unione Europea 2007-2013* (Unione Europea, 2007), che invita ad elaborare campagne di informazione ed educazione specifiche (cattiva nutrizione, sovrappeso) per la popolazione 0-12 anni, sia le linee guida nazionali, emanate dal Ministero della Salute - Governo Italiano (2007), che invocano la promozione del consumo di alimenti sani, in primis frutta e verdura per 5 volte al giorno. Inoltre sono state recepite le raccomandazioni del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Governo Italiano (2011), secondo cui l'educazione alimentare nella scuola italiana dev'essere trattata con un approccio interdisciplinare, prevedendo l'utilizzo dei media e delle tecnologie e attività che coinvolgano genitori e istituzioni pubbliche e private presenti sul territorio.

Recependo quest'ultima raccomandazione, ci si è avvalsi delle metodologie previste dall'educazione mediale (ad esempio, Messina, 2004; 2007), sia nel suo approccio *critical* (ad esempio, Masterman, 1985; 1994), ovvero progettando una fase di alfabetizzazione mediale basata sull'analisi di prodotti televisivi rivolti all'infanzia, in particolare pubblicitari, poiché considerati quelli che hanno maggiore influenza sui comportamenti alimentari dei bambini (Livingstone & Helsper, 2004), sia nel suo approccio *production* (ad esempio, Buckingham, 2003), finalizzando tale fase all'elaborazione da parte dei bambini di una campagna di comunicazione sul consumo di frutta e verdura rivolta ai loro genitori, che in questo modo sono stati coinvolti nell'intervento stesso (Evans et al., 2006).

L'educazione mediale per la promozione della salute, che nel nostro caso specifico si è declinata nella promozione della sana alimentazione, ha tenuto anche conto, nello sviluppo delle attività dell'intervento, dei quattro principi guida per l'apprendimento di stili di vita sani individuati da Petrillo e Caso (2008, p. 378): "l'apprendimento è fondato sulle azioni delle situazioni quotidiane; la conoscenza è acquisita in modo situato e quindi trasferita solo in situazioni simili; l'apprendimento è il risultato di un

processo sociale che comprende modi di pensare, di percepire, di risolvere i problemi, e interagisce con le conoscenze dichiarative e procedurali; l'apprendimento non è separato dal mondo dell'azione, ma coesiste in un ambiente sociale complesso fatto di attori, azioni e situazioni”.

Inoltre, l'intervento si è caratterizzato per alcuni degli aspetti che, secondo diversi studi (Buttriss et al., 2004; Knai et al., 2006; Bergsma & Carney, 2008; Harris & Bargh, 2009), ne determinano l'efficacia: si è svolto in ambito scolastico, ha coinvolto i genitori e i portatori d'interesse, ha previsto l'esposizione a frutta e verdura durante le attività in classe, si è avvalso di metodi interattivi e partecipativi di tipo laboratoriale, si è basato sull'utilizzo dei media e delle tecnologie, si è focalizzato in primis sulla sana alimentazione e più in generale sugli stili di vita.

E' stato verificato, come previsto dal secondo obiettivo della ricerca⁸⁹, che l'intervento ha inciso sia sull'effettivo consumo di frutta e verdura da parte dei bambini che vi hanno partecipato, sia sulle variabili di tipo psicosociale indagate: motivazione, autoefficacia e supporto genitoriale percepito in relazione al loro consumo di frutta e verdura. E' stato inoltre verificato che l'intervento non ha inciso, se non in maniera marginale, sulla motivazione verso una sana alimentazione da parte dei genitori partecipanti, sul loro supporto ai figli per un maggior consumo di frutta e verdura e sull'ambiente nutrizionale domestico.

Seguendo il terzo obiettivo della ricerca⁹⁰ è stata verificata, sulla base delle relazioni ipotizzate facendo riferimento al determinismo reciproco tra fattori ambientali, fattori individuali e comportamento, definito dalla *Teoria socio-cognitiva* di Bandura (1986), l'esistenza di un legame tra il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini e le seguenti variabili psicosociali: supporto genitoriale percepito dai bambini strumentale-azioni; supporto dichiarato dai genitori strumentale-azioni, supporto dichiarato dai genitori strumentale-informazioni, supporto dichiarato dai genitori emotivo-modeling negativo.

Possiamo dunque concludere che l'intervento ha avuto un effetto maggiore sui bambini rispetto ai genitori, e tale risultato, come evidenziato in fase di discussione dei risultati, è dovuto probabilmente al fatto che i bambini sono stati il target diretto dell'intervento, mentre i genitori vi hanno preso parte soltanto in modo indiretto (sono stati esposti alla campagna mediale dei bambini); inoltre i genitori hanno riportato

⁸⁹ Verificare se l'intervento incida su: motivazione, supporto genitoriale percepito, autoefficacia e comportamento alimentare dei bambini partecipanti riguardo al consumo di frutta e verdura; motivazione verso una sana alimentazione da parte dei genitori partecipanti, supporto ai figli per un maggior consumo di frutta e verdura e ambiente nutrizionale domestico (definito in termini di disponibilità e accessibilità di frutta e verdura a casa). Cfr. Cap. 2., par. 2.2.

⁹⁰ Verificare l'esistenza di un legame tra le variabili psico-sociali di bambini e genitori considerate, l'ambiente nutrizionale domestico e il consumo di frutta e verdura (da parte dei bambini stessi), sulla base delle relazioni ipotizzate in base al determinismo reciproco tra fattori ambientali, fattori individuali e comportamento, definito dalla teoria socio-cognitiva di Bandura (1986): motivazione, autoefficacia, supporto genitoriale percepito influenzano il comportamento alimentare dei bambini partecipanti riguardo al consumo di frutta e verdura; motivazione verso una sana alimentazione da parte dei genitori partecipanti, il loro supporto ai figli per un maggior consumo di frutta e verdura e ambiente nutrizionale domestico influenzano il comportamento alimentare dei bambini partecipanti riguardo al consumo di frutta e verdura. Cfr. Cap. 2., par. 2.2.

punteggi molto alti al pre-test, rendendo poco probabile il raggiungimento di un incremento statisticamente significativo al post-test (subito dopo l'intervento) e al delayed post-test (a tre mesi dalla conclusione dell'intervento). In ogni caso, riteniamo che il coinvolgimento dei genitori sia stato importante per il cambiamento del comportamento alimentare dei bambini, poiché alcune sottoscale del supporto genitoriale percepito dai bambini e del supporto genitoriale dichiarato dai genitori sono risultate in relazione con il consumo di frutta e di verdura da parte dei bambini, e l'incremento del supporto genitoriale percepito (dai bambini), sia strumentale-informazioni che emotivo-positivo, ha mantenuto la sua significatività al post-test e anche al delayed post-test.

L'ultimo obiettivo della ricerca è stato rivolto a indagare, tramite focus group dopo la conclusione dell'intervento, le conoscenze e le concezioni dei bambini sull'alimentazione e sui media, le percezioni sul loro comportamento attuale e le loro intenzioni di comportamento futuro in relazione al consumo di frutta e verdura, le abilità di analisi critica e di espressione riguardo ai prodotti mediali, e le loro opinioni in merito all'intervento. I risultati dell'analisi del contenuto dei focus group, come abbiamo visto, hanno fornito una chiave interpretativa per comprendere meglio i dati quantitativi, poiché mentre quest'ultimi dimostrano quali tipi di effetti (attraverso il cambiamento delle variabili indagate) ha avuto l'intervento, i dati qualitativi svelano in che modo l'intervento li abbia prodotti⁹¹. I bambini, per esempio, hanno dichiarato, in riferimento al loro comportamento, che in seguito all'intervento: hanno iniziato a mangiare più frutta e verdura e meno cibo spazzatura, hanno cambiato preferenza riguardo a frutti che prima non mangiavano perché non ne apprezzavano il gusto, hanno adottato l'abitudine di mangiare frutta prima di fare sport, hanno imparato come seguire una sana alimentazione e hanno iniziato a chiedere ai genitori di comprare più frutta e verdura. Tra le affermazioni relative al loro comportamento sono risultate inoltre particolarmente significative quelle relative al fatto che, durante e dopo l'intervento, i bambini stessi si sono fatti promotori di una corretta alimentazione offrendo frutta e verdura e incoraggiando gli altri a mangiare cibi sani. I bambini hanno anche appreso conoscenze sulla salute e sui media in linea con i valori relativi ai sani stili di vita, condivisi con loro durante l'intervento, di cui hanno apprezzato soprattutto la parte laboratoriale poiché ha consentito loro realizzare diversi tipi di prodotti mediali, e sono stati in grado di esprimere le più importanti abilità di analisi critica e di espressione apprese durante l'intervento.

⁹¹ Infatti, come sostiene Pietrantoni (2001, p. 116): “la valutazione dei risultati riguarda specificatamente il raggiungimento degli obiettivi in base ad indicatori quantitativi e/o qualitativi prestabiliti. Se la valutazione del processo corrisponde al ‘come’ è stato raggiunto, la valutazione del risultato corrisponde al ‘che cosa’. Il cambiamento può riguardare la consapevolezza generale rispetto ad un problema di salute, le determinanti psicosociali dei comportamenti a rischio di salute (informazioni, atteggiamenti, abilità), i comportamenti stessi, lo stato di salute o il contesto ambientale e organizzativo. Le procedure di valutazione possono essere effettuate tramite osservazione diretta, questionari pre e post intervento, interviste individuali o a focus group, analisi della stampa, sondaggi telefonici, rilevazioni cliniche. La valutazione dei risultati può avvenire attraverso ripetute misurazioni nel tempo a breve e a lungo termine”.

Dall'analisi delle co-occorrenze è risultato che l'*abilità di espressione* – una delle principali abilità stimulate dall'educazione mediale (approccio *production*) – risulta al centro delle relazioni tra la maggior parte dei costrutti teorici indagati, poiché essa co-occorre con: conoscenze e concezioni sulla salute, conoscenze e concezioni sui media, abilità di analisi critica, aspetti positivi dell'intervento, cambiamento di comportamento. L'analisi del focus group quindi conferma i risultati dell'analisi dei dati quantitativi e l'efficacia dell'educazione mediale per la promozione della salute.

In sintesi, i risultati della ricerca, in parte, avvalorano quanto già dimostrato dalla letteratura di riferimento, ovvero che l'intervento di educazione mediale-*production* è un efficace approccio per affrontare il problema evolutivo della sana alimentazione, riferita al consumo di frutta e verdura; in parte, forniscono acquisizioni nuove, rispetto alla letteratura di riferimento, riguardanti gli aspetti prettamente pedagogici dell'indagine e consistenti nell'individuazione dell'incidenza del fattore *abilità di espressione* sull'efficacia dell'intervento stesso – rispondendo peraltro in tal modo alle raccomandazioni che la letteratura di riferimento indica per lo sviluppo del settore di ricerca *Health promoting media literacy education* (Bergsma & Ferris, 2011).

La ricerca, da un punto di vista teorico, ha inoltre, in termini più generali, perseguito quella che può essere definita, secondo una logica kuhniana, la finalità di un paradigma scientifico, ovvero “il tentativo teorico pratico di istaurare una correlazione tra le diverse scienze. [...] Cercare di identificare le qualificazioni comuni, trovare l'ambito di un'eventuale interazione tra loro, al fine di una reciproca comprensione e di un reciproco sostegno, riflettere, pensare e lavorare sugli obiettivi comuni costituisce l'iter di tale paradigma” (Ferrante, 2001, pp. 43-44). Le scienze, nel caso specifico, sono la pedagogia e la medicina, che nel loro “cooperare” si collocano all'interno di una prospettiva non rigida e riduzionistica, ma che possa problematizzare il sapere di ciascuna di esse, come osserva Bertolini (2005, pp. 219, 220): “per quanto attiene alla pedagogia, la prospettiva in cui, a mio parere, essa va collocata è quella di un sapere che, emergendo da un'analisi empirica dell'esperienza educativa, è in grado di coglierne i significati originari, capace per ciò stesso di orientare opportunamente la prassi educativa. Per quanto si riferisce alla medicina, la prospettiva in cui va collocata è quella di un sapere che, pur riferendosi in prima istanza alla realtà corporea dell'uomo, sa bene di dover trascendere o di dover andare al di là di ogni interpretazione e di ogni trattamento di essa che risultassero ‘oggettivistici’, consapevole, come deve essere, che il corpo dell'uomo acquista il suo autentico significato solo nella sua inscindibile unità con la mente”.

La medicina e la pedagogia, secondo Ferrante, possono dialogare attraverso l'inclusione “a pieno titolo” dell'educazione alla salute all'interno delle scienze dell'educazione: “La nuova pedagogia, che si identifica con le scienze dell'educazione, assume in tal senso funzioni di educazione, promozione e prevenzione attraverso uno strumento specifico, il progetto educativo. [...] La dimensione psicopedagogica dell'educazione alla salute passa attraverso la comprensione del rapporto tra i termini uomo, educazione e salute” (Ferrante, 2001, pp. 45-46).

Abbiamo cercato di affrontare questo tema, approfondendo dapprima i contenuti relativi alla salute secondo il moderno approccio bio-psico-sociale, che va oltre una visione esclusivamente patogena, per adottare una prospettiva olistica che abbracci non solo il mero dato epidemiologico, ma includa le determinanti psicosociali della persona e i fattori ambientali, la cui incidenza sul benessere è ormai dimostrata. Abbiamo quindi affrontato i contenuti relativi all'educazione, nella fattispecie all'educazione mediale, il cui fine ultimo è quello di far acquisire alla persona sia abilità specifiche, in termini di comprensione e valutazione critica dei vari aspetti dei media e dei loro contenuti, e di creazione di comunicazioni in una varietà di contesti, ma anche abilità generali, come, ad esempio, la capacità di lavorare in gruppo, lo sviluppo del pensiero divergente, la valorizzazione del sapere, saper essere e saper fare, attraverso l'attivazione delle intelligenze multiple, che ciascun essere umano possiede. Un essere umano che oggi non è più il soggetto passivo della trasmissione di informazioni da parte del depositario del sapere (medico o educatore che sia), ma è partecipante attivo di un processo educativo che deve perseguire come finalità, secondo quanto indicato dalla *Carta di Ottawa* (WHO, 1986), lo sviluppo nelle persone delle capacità di aumentare il controllo delle determinanti della propria salute e quindi di migliorarla.

Come sostiene Bertolini (2005, p. 223), pedagogia e medicina si qualificano come “scienze dell'uomo e per l'uomo”, che si fondano, a livello epistemologico, su “significati originari” analoghi, soprattutto per le conseguenze operative che ne derivano: “entrambe queste scienze (entrambi questi saperi) hanno individuato il motivo principale del loro stesso costituirsi nell'esplicito desiderio di aiutare l'uomo, inteso come singolo e come gruppo, a migliorare in concreto la sua qualità della vita”.

Perché le due scienze dialoghino, oltre ad una condivisione degli obiettivi e delle prassi relative all'intervento di promozione della salute, è necessaria anche la condivisione delle metodologie e degli strumenti di ricerca (Glanz et al., 2008), che hanno compreso nel nostro studio sia questionari validati e impiegati anche in ricerche di ambito medico, oltre che educativo, per l'indagine quantitativa (Evans et al., 2006), così come pratiche d'indagine squisitamente qualitative, come il focus group, che è considerato uno degli strumenti più utilizzati nella ricerca educativa (Sorzio, 2005). Per la scelta degli strumenti utilizzati in questa ricerca hanno fornito la loro consulenza anche il professor Roberto Vettor, Direttore della Clinica Medica Terza – Centro per lo studio ed il trattamento integrato dell'obesità dell'Azienda ospedaliera dell'Università di Padova, e past-president della Società Italiana dell'Obesità, e la dottoressa Laura Censi dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione).

Il rigore che si è tentato di perseguire nella raccolta, nell'analisi e nella discussione dei dati, fa sì che i risultati della ricerca, pur nella consapevolezza dei limiti che richiameremo tra breve, possano rivelarsi di sicuro interesse non solo per l'ambito pedagogico, ma anche per quello medico.

L'incrocio delle due prospettive, quella medica e quella pedagogica, operata nell'ambito della *Health promoting media literacy education*, sembra inoltre rispondere pienamente a quanto auspicato da Ferrante (2001, p. 42): “Occuparsi di educazione sanitaria significa basare le iniziative di prevenzione, educazione e promozione su tre

punti essenziali: la centralità del soggetto, l'approccio multidisciplinare e l'efficacia del gruppo. Ciò comporta il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare destinata a studiare e a riflettere sull'educazione alla salute, i suoi obiettivi e i suoi metodi. La ricerca teorica viene così applicata alla concretizzazione degli interventi di educazione e promozione della salute sul territorio”.

Da ultimo, ma solo nell'ordine delle argomentazioni proposte, e non certo per importanza, possiamo considerare gli effetti “non misurati” e forse “non misurabili” dell'intervento, che hanno fatto sì che i bambini lo abbiano profondamente apprezzato, così come è emerso dal focus group nella parte relativa alla valutazione dell'esperienza vissuta e da loro definita “coinvolgente”, “utile”, “entusiasmante”. Tra questi abbiamo percepito di particolare importanza quello che potremmo definire effetto “candido stupore”, relativo allo scoprire, da parte dei bambini stessi, non tanto le finalità commerciali della pubblicità, che per lo più erano già note, quanto le strategie comunicative utilizzate per la persuasione dei consumatori: ad esempio, stupore nel constatare come la composizione dell'immagine possa influire sulla loro percezione e sui loro pensieri (Kanizsa, 1991). Tale scoperta, a nostro parere, si è rivelata, assieme alla dimostrata acquisizione delle abilità di espressione, tra i fattori più motivanti per la partecipazione all'intervento da parte dei bambini, poiché essi si sono dimostrati particolarmente interessati alla comprensione di come tali strategie possano indirizzare in ultima istanza le loro stesse scelte e i loro stessi comportamenti (Livingstone & Helsper, 2006) e particolarmente stimolati all'acquisire nuove conoscenze per riconoscere l'influenza dei media e affermare una propria indipendenza decisionale, così nell'alimentazione come nelle altre scelte della loro vita. L'importanza di tale aspetto, e il valore dell'esperienza vissuta, può essere sintetizzata dalle affermazioni di alcuni bambini che hanno partecipato all'intervento e che alla domanda finale posta dal conduttore del focus group – “c'è qualcos'altro che non vi ho chiesto riguardo al laboratorio che vorreste dirmi?” – hanno così risposto:

cioè io sì volevo cioè dirti grazie perché ci hai aiutato, a te e anche a Simona, perché ci avete aiutato a imparare l'importanza di mangiare frutta e verdura ma anche i cibi salutari (Stella)

e volevo anche ringraziarti perché cioè voi, diverso di tutti quelli che fanno le pubblicità, non ci guadagnate niente (Isa)

cioè è uno scopo che fate per una ricerca, non è un progetto che dobbiamo dare soldi (Stella)

e che ci avete aiutato a migliorare e a mangiare più frutta e verdura e meno cibo spazzatura (Anna)

3.2. Limiti della ricerca

I risultati della ricerca, seppur confermant i le ipotesi basate sulla letteratura di riferimento, devono essere letti anche alla luce dei limiti che l'indagine presenta.

Innanzitutto, come per gli studi di riferimento (Evans et al., 2006; Tanner et al., 2008), la ricerca ha coinvolto un numero esiguo di partecipanti, non selezionati in modo

randomizzato, e tale condizione non permette una generalizzazione dei risultati ottenuti (Zambelli, 1974), per quanto incoraggianti possano apparire. L'intervento di promozione della salute attraverso l'educazione mediale è stato infatti realizzato in soli due gruppi-classe, costituiti complessivamente da 40 bambini e 40 genitori, dei quali, come abbiamo visto, sono state considerate le risposte ai test di 27 bambini e 27 genitori, mentre al focus group hanno preso parte 21 bambini.

Nonostante l'esiguo numero di partecipanti in una ricerca quasi-sperimentale permetta un più alto controllo delle variabili (l'intervento si è svolto nello stesso periodo dell'anno per entrambi i gruppi classe che hanno costituito il "gruppo intervento", e nello stesso orario mattutino, ha previsto identiche attività, è stato condotto dagli stessi esperti), vi sono fattori "intervenienti" (Trincherò, 2002) che possono aver influito sull'andamento dell'intervento e quindi sui risultati ottenuti, come, ad esempio, il "clima della classe", che, come abbiamo visto, può aver contribuito a far maturare nei bambini dei due gruppi-classe una diversa valutazione della componente "giochi a quiz" dell'intervento, oppure l'abilità e l'esperienza dei conduttori, il loro stile educativo, il loro atteggiamento sia nei confronti della tematica trattata sia nei confronti dei partecipanti, caratteristiche che sono considerate importanti per l'andamento dell'intervento stesso (Kafatos et al., 2004).

I questionari sulle cui risposte si sono basate le analisi dei dati, sono stati autocompilati dai partecipanti con conseguente possibilità del bias della desiderabilità sociale (Sartori, 2007), e l'ultima rilevazione è stata effettuata a 3 mesi dalla conclusione dell'intervento e non oltre. Nelle ricerche che valutano l'efficacia sia degli interventi di educazione mediale per la promozione della salute sia di quelli di educazione alla sana alimentazione sul consumo di frutta e verdura dei bambini, la ripetizione della misurazione delle variabili indagate a 3 mesi dalla conclusione dell'intervento stesso è considerata il "tempo minimo" per un eventuale follow up, che non ha però valore predittivo per il futuro, e quindi non ci permette di considerare se e come gli effetti dell'intervento possano essersi protratti o meno per un più lungo periodo (Knai et al., 2006; Bergsma & Carney, 2008; Jeong et al., 2012).

Infine, tra la rilevazione del post-test (a conclusione dell'intervento nel mese di dicembre 2011) e del delayed post-test (dopo 3 mesi dalla conclusione dell'intervento, nel mese di marzo 2012), tutti i gruppi-classe partecipanti alla ricerca, ovvero sia le due classi che hanno costituito il gruppo intervento, sia le due classi che hanno costituito il gruppo di controllo, hanno ricevuto durante la ricreazione per due volte alla settimana della frutta fresca di stagione, in quanto l'istituto comprensivo di appartenenza ha aderito al già citato progetto europeo "Frutta nelle scuole" (Consiglio d'Europa, 2007). Tale adesione è stata resa nota dai dirigenti scolastici delle classi partecipanti alla nostra ricerca, all'inizio del mese di dicembre 2011, ovvero in prossimità della conclusione dell'intervento, comunicando che tali classi, dal mese di gennaio 2012 avrebbero ricevuto, come tutte le altre classi della scuola di appartenenza, frutta fresca per due giorni alla settimana, ma che tale "consegna" non sarebbe stata supportata da attività di educazione alla sana alimentazione né svolte dall'insegnante, né svolte da terzi, per

limitare il più possibile il “rumore” provocato da questa nuova condizione, non prevista in fase di progettazione della ricerca.

Pur nella consapevolezza che tale “fattore di disturbo” (Gattico & Mantovani, 1998) avrebbe potuto avere un’influenza sui dati rilevati al delayed-post test, si è preferito completare anche l’ultima rilevazione prevista, considerando il fatto che tale nuova condizione è stata la medesima per tutti i partecipanti alla ricerca, ovvero sia per i bambini del gruppo intervento, sia per i bambini del gruppo di controllo, e quindi la “consegna di frutta a scuola” nei tre mesi intercorrenti tra la rilevazione del post-test e quella del delayed post-test non può essere considerata un *confunder*, facendo salva la possibilità di confronto tra i due gruppi.

3.3. Altri risultati raggiunti e possibili sviluppi della ricerca

Oltre al raggiungimento degli obiettivi specifici previsti in fase di progettazione della ricerca, sono stati conseguiti altri risultati di carattere generale, che possono aprire il campo a sviluppi futuri di questo studio.

Innanzitutto, l’intervento ha catalizzato l’interesse e l’investimento di risorse da parte di importanti istituzioni pubbliche, Scuola di Dottorato in Scienze pedagogiche, dell’educazione e della formazione dell’Università di Padova, Dipartimento di Prevenzione della Ulss 9 di Treviso e 4 Istituti scolastici Comprensivi della provincia di Treviso (Istituto comprensivo di Oderzo e Istituto comprensivo di Fontanelle per la fase di adattamento e taratura dei questionari usati per la ricerca, e Istituti comprensivi “Stefanini” e “Serena” di Treviso per la selezione dei bambini e genitori partecipanti all’intervento e costituenti il gruppo di controllo), e di un’azienda privata, l’OPO Veneto - Organizzazione Produttori Ortofrutticoli di Zero Branco (TV), che ha collaborato fornendo gratuitamente la frutta offerta ai bambini durante le attività previste dall’intervento.

La creazione di tale rete di collaborazioni sul territorio tra i diversi portatori d’interesse (Università, Servizio Sanitario, Scuola, Organizzazione ortofrutticola) incontra la raccomandazione del Ministero della Salute di coinvolgere nei progetti di educazione alla salute i decisori locali e la collettività: “le iniziative promosse dagli operatori sanitari, dalla scuola e dalle famiglie possono essere realizzate con successo solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica nella popolazione. Per questo la partecipazione e la collaborazione dei diversi Ministeri, di Istituzioni e di organizzazioni pubbliche e private, nonché dell’intera società, rappresenta una condizione fondamentale affinché la possibilità di scelte di vita salutari non sia confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, ma piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva” (Ministero della Salute & Ulss 9, 2012, p. 41).

Partendo dall’analisi della rete di *agenti* sul territorio, un possibile sviluppo futuro della ricerca potrebbe essere quello di situarsi nella prospettiva socio-ecologica di

sistema (McKenzie et al., 2012, Glanz et al, 2008)⁹² e focalizzarsi sull'indagine dei costrutti ad essa attinenti, in primo luogo quello di *efficacia collettiva* (Bandura, 2007). L'efficacia collettiva è un costrutto centrale per lo sviluppo della promozione della salute nelle comunità (Viswanath, 2008) e viene definito come “la convinzione condivisa di avere insieme la capacità di produrre i cambiamenti desiderati” (Bandura 2007, p. 17). Nel nostro caso si potrebbe studiare come gli enti pubblici coinvolti, l'azienda privata e la famiglia concorrano ad accrescere l'efficacia collettiva per la promozione del consumo di frutta e verdura, intendendola come “una proprietà dell'intero sistema: i gruppi e le istituzioni che convogliano le capacità e le risorse di ciascuno su obiettivi condivisi e favoriscono l'integrazione delle relative abilità e competenze, promuovono la collaborazione, l'impegno, la fiducia reciproca e, più in generale, migliorano il proprio funzionamento” (Petrillo & Caso, 2008, p. 58).

Un altro versante di sviluppo può riguardare la collaborazione, aperta a livello accademico, tra la Scuola di Dottorato in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione dell'Università di Padova e la School of Public Health della University of Texas – dove la dottoranda ha trascorso due periodi di studio, a gennaio-febbraio 2011 e ad aprile-maggio 2012, per approfondire, con il già citato contributo delle docenti Alexandra Evans e Ranijt Nalini, le fasi di progettazione, analisi dei dati e discussione dei risultati di questa ricerca – che prefigura la possibilità di svolgere ulteriori ricerche assieme, oltre alla pubblicizzazione congiunta di quella già realizzata⁹³.

Inoltre, lo studio preliminare per la taratura dei questionari validati negli Stati Uniti e in alcuni stati europei (non compresa l'Italia), che sono stati utilizzati come strumenti d'indagine per questa ricerca, ha prodotto la prima versione in lingua italiana di tali scale, e i risultati delle analisi statistiche effettuate sulla loro prima somministrazione, incoraggiano a procedere con la validazione su scala nazionale di tali questionari, poiché l'analisi fattoriale conferma l'estrazione di fattori degli studi di riferimento, e sia l'affidabilità delle scale con l'alfa di Cronbach, sia l'affidabilità test-retest attraverso la correlazione di Pearson, sono risultate accettabili⁹⁴.

Poiché l'intervento è stato svolto in classe e durante l'orario scolastico, partendo dalle griglie di osservazione compilate dagli insegnanti che hanno ospitato le attività nelle proprie ore, si potrebbe avviare uno studio per calibrare l'intervento di educazione mediale per la promozione della salute rispetto al curriculum scolastico, affinché possa diventare un “format didattico” per i docenti che volessero utilizzarlo, secondo quanto auspicato anche da una delle ricerche di riferimento (Tanner et al., 2008). A tale scopo, un ulteriore sviluppo di questa ricerca potrebbe portare ad uno studio sulla formazione degli insegnanti in relazione ai temi della sana alimentazione e all'approccio *production*

⁹² Cfr. Cap. 1, par. 1.1.2.

⁹³ E. Grassi, A.E. Evans e L. Messina hanno presentato il contributo “Italian children's perceptions and intentions about health and healthy eating: a focus group study” al *2nd Global Congress for Qualitative Research*, organizzato dall'Università Cattolica a Milano dal 28 al 30 giugno 2012, e hanno sottoposto alla selezione del comitato scientifico della Isbnpa (International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity) il contributo “Effects of a nutrition and media literacy pilot intervention on children's fruit and vegetable intake”, come oral presentation per il *2013 Annual Meeting of the Isbnpa*, che si terrà a Ghent (Belgio) dal 22 al 25 maggio 2013.

⁹⁴ Cfr. Cap. 2, par. 2.3.4.

dell'educazione mediale (Celebuski & Farris, 2000; Apostolidou & Fontana, 2003; Messina, 2004, 2007a; Ardizzone & Rivoltella, 2008; Bergsma & Carney, 2008; Jourdan et al, 2008), così come avvenuto nell'ambito del già citato progetto della Regione del Veneto "Alimenti in Salute - Cibo intelligente" (Mantovani et al., 2010), perché possano proporre l'intervento nelle loro classi autonomamente. Infatti, nonostante la maggior parte degli studi passati in rassegna, sia per quanto riguarda l'educazione mediale per la promozione della salute sia per quanto riguarda nello specifico l'educazione alimentare finalizzata ad incentivare il consumo di frutta e verdura dei bambini, si focalizzi su interventi condotti per lo più dai ricercatori o da esperti esterni al corpo docente, vi sono diverse ricerche (Pérez-Rodrigo & Aranceta, 2001, 2003; Knai et al., 2006; Bergsma & Carney, 2008; Van Cauwenberghe et al., 2010; Jeong et al., 2012), svolte anche in ambito italiano (Agozzino et al., 2007; Panunzio et al., 2007), che dimostrano l'efficacia degli interventi di educazione alla salute condotti in classe dagli insegnanti stessi.

La possibilità di giungere a un "format didattico" e di avere un consistente numero di insegnanti in grado di condurre l'intervento può consentire di estendere la ricerca ad un maggior numero di partecipanti, permettendo di raggiungere risultati quanto meno generalizzabili sul contesto geografico di riferimento. Infatti, l'intervento proposto nell'ambito della nostra ricerca è stato considerato dalla Ulss 9 di Treviso un progetto pilota, che attualmente è al vaglio dei dirigenti dell'Azienda sanitaria, per una sua possibile realizzazione in un maggior numero di classi quinte di scuola primaria appartenenti al territorio di propria competenza.

Infine, il "format" di educazione mediale con approccio *production* per la promozione del consumo di frutta e verdura potrebbe diventare parte di un intervento multicomponente, che preveda anche attività di educazione motoria, come raccomandato da diverse ricerche che dimostrano l'efficacia sul lungo periodo di tali tipi di intervento per la prevenzione dell'obesità, soprattutto se svolti in ambito scolastico (Gortmaker et al., 1999; Mc Graw et al., 2000; Wechsler et al., 2000; Hoelscher et al., 2004; Sharma, 2006; Hollar et al., 2010).

Riferimenti bibliografici e sitografici

- Acanfora, F. (2006). La cultura dei media. In F. Falcinelli & S. Savelli (Eds.), *Media education nella scuola in Umbria*, pp. 41-62. Perugia: Morlacchi Editore.
- Agozzino, E., Del Prete, U., Leone, C., Manzi, E., Sansolone, N. & Russo Krauss, P. (2007). Evaluation of the effectiveness of a nutrition education intervention performed by primary school teachers. *Italian Journal of Public Health*, 5(4): 131-137.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioural control, self efficacy, locus of control, and the theory of planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (4): 665-683.
- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intention and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5): 453-474.
- Alvermann, D.E. & Hagood, M.C. (2000). Critical media literacy: Research, theory, and practice in "New Times". *The Journal of Educational Research*, 93(3): 193-204.
- American Academy of Pediatrics (1999). Media Education. *Pediatrics*, 104(2): 341-343.
- American Academy of Pediatrics (2006). Children, adolescents, and advertising. *Pediatrics*, 118(6): 2563-2569.
- American Academy of Pediatrics (2010). Media Education. *Pediatrics*, 126(5): 1012-1017.
- American Academy of Pediatrics (2011). Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics* 128(1): 201-208.
- Anderson, A.S., Cox, D.N., McKellar, S., Reynolds, J., Lean, M.E.J. & Mela, D.J. (1998). Take Five, a nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intakes: impact on attitudes towards dietary change. *British Journal of Nutrition*, 80(1): 133-140.
- Anderson, A.S., Porteus, L.E.G., Foster, E., Higgins, C., Stead, M., Hetherington, M., Ha, M.A. & Adamson, A.J. (2005). The impact of a school-based nutrition intervention on dietary intake and cognitive attitudinal variables relating to fruits and vegetables. *Public Health Nutrition*, 8(6): 650-656.
- Anderson, D.R. & Hanson, K.G. (2009). Children, media, and methodology. *American Behavioral Scientist* 52(8): 1204-1219.
- Andrei, C.L., Stancu, S. & Andrei, T. (2010). The analysis of health education of the population as an important factor in optimizing medical expenses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2: 3427-3431.
- Apostolidou, M. & Fontana, D. (2003). Teacher attitudes towards health education in Greek-speaking Cyprus schools. *Health Education*, 103(2): 75-82.
- Ardizzone, A. & Rivoltella, P.C. (Eds.) (2008). *Media e tecnologia per la didattica*. Milano: Vita e Pensiero.
- Argenton, A. (1996). *Arte e cognizione. Introduzione alla psicologia dell'arte*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Aufderheide, P. (Ed.) (1993). *Media Literacy. A Report of the national leadership conference on media literacy*. Washington DC: Aspen Institute.
- Austin, E.W. & Johnson, K.K. (1995). *Direct and indirect effects of media literacy training of third graders' decision making for alcohol*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Albuquerque, NM, May 25-29, 1995. (URL: <http://eric.ed.gov/PDFS/ED384930.pdf>). Consultato in data 10/09/2010.
- Austin, E.W. & Johnson, K.K. (1997a). Effects of general and alcohol specific media literacy training on children's decision making about alcohol. *Journal of Health Communication*, 2(1): 17-42.
- Austin, E.W. & Johnson, K.K. (1997b). Immediate and delayed effects of media literacy training on third grader's decision making for alcohol. *Health Communication*, 9 (4): 323-349.
- Austin, E.W., Chen, M.J. & Grube, J.W. (2006). How does alcohol advertising influence underage drinking? The role of desirability, identification and scepticism. *Journal of Adolescent Health*, 38: 376-384.
- Austin, E.W., Pinkleton, B.E. & Funabiki, R.P. (2007). The desirability paradox in the effects of media literacy training. *Communication Research* 34(5): 483-506.
- Austin, E.W., Pinkleton, B.E., Hust, S.J.T. & Cohen, M. (2005). Evaluation of an American Legacy Foundation/Washington state department of health media literacy pilot study. *Health Communication*, 18 (1): 75-95.
- Babetto, D. & Bosetti, M. (2007). Il senso estetico attraverso i media. In L. Messina (Ed.), *Accompagnarsi nei media*, pp. 211-218. Lecce: Pensa Multimedia.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman. (Tr. it., *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson, 2000).
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), *Media effects. Advances in theory and research*, pp. 121-153. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bandura, A. (2007). Lo sviluppo adolescenziale secondo una prospettiva agentiva. In F. Pajares & T. Urda (Eds.), *L'autoefficacia degli adolescenti. Dalla scuola ai comportamenti a rischio*, pp. 13-58. Trento: Erickson.
- Banerjee, S.C. & Greene, K. (2006). Analysis versus production: Adolescent cognitive and attitudinal responses to antismoking intervention. *Journal of Communication*, 56 (4): 773-794.
- Banerjee, S.C. & Greene, K. (2007). Antismoking initiatives: Effects of analysis versus production media literacy intervention on smoking-related attitude, norm, and behavioural intention. *Health Communication*, 22(1): 37-48.
- Baranowski, T & Stables, G. (2000). Process evaluation of the 5-a-Day projects. *Health Education & Behavior*, 27(2): 157-166.

- Baranowski, T., Davis, M., Resnicow, K., Baranowski, J., Doyle, C., Lin, L.S., Smith, M. & Wang, D.T. (2000). Gimme 5 Fruit, Juice, and Vegetables for Fun and Health: Outcome Evaluation. *Health Education & Behavior*, 27(1): 96-111.
- Baranowski, T., Anderson, C., Carmack, C. (1998). Mediating variable framework in physical activity interventions. How are we doing? How might we do better? *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2): 5-14.
- Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K.W., Marsh, T., Islam, N., Zakeri, I., Honess-Morreale, L. & DeMoor, C. (2003a). Squire's Quest! Dietary outcome evaluation of a multimedia game. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1): 52-61.
- Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K.W., Thompson, D.I., Nicklas, T., Zakeri, I.F. & Rochon, J. (2003b). The fun, food and fitness project (FFFP): The Bailor GEMS pilot study. *Ethnicity & Disease*, 13(1): 30-39.
- Bar-on, M.E. (2000). The effects of television on child health: Implications and recommendations. *Archives of Disease in Childhood* 83: 289-292.
- Barthes, R. (1972). *Nouveaux essais critiques*. Paris: Édition du Seuil. (Tr. it., *L'ovvio e l'ottuso. Saggi Critici III*. Torino: Einaudi, 1985).
- Barrera, M. & Ainlay, S.L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal Community Psychology*, 11(2): 133-143.
- Battle Horgen, K., Choate, M., & Brownell, K.D. (2001). Television food advertising. Targeting children in a toxic environment. In D.J. Singer & J.L. Singer (Eds.), *Handbook of children and the media*, pp. 447-461. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bere, E. & Klepp, K.I. (2005). Change in accessibility and preferences predict children's future fruit and vegetable intake. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2(15): 1-8.
- Bere, E., Veierød, M.B., Bjelland, M. & Klepp, K.I. (2006). Outcome and process evaluation of a Norwegian school-randomized fruit and vegetable intervention: Fruits and Vegetables Make the Marks (FVMM). *Health Education Research*, 21(2): 258-267.
- Bergsma, L.J. (2004). Empowerment education: The link between Media Literacy and Health Promotion. *American Behavioral Scientist*, 48(2): 152-164.
- Bergsma, L.J. (2011). Media Literacy and health promotion for adolescents. *Journal of Media Literacy Education*, 3(1): 25-28.
- Bergsma, L.J. & Carney, M.A. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: A systematic review. *Health Education Research*, 23(3): 522-542.
- Bergsma, L.J. & Ferris, E.S. (2011). The impact of health promoting media literacy education on nutrition and diet behavior. In V.R. Preedy, R.R. Watson & C.R. Martin (Eds.), *Handbook of behavior, diet and nutrition*, pp. 3391-3411. Berlin: Springer.
- Bertagna, G. (2005). Il carattere ologrammatico dell'educazione alla convivenza civile. *Annali dell'Istruzione*, 4: 9-14.
- Bertini, M., Braibanti, P. & Gagliardi, M.P. (2002). I programmi di Life Skills Education (LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute. In P. Braibanti

- (Ed.), *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*, pp. 199-218. Milano: FrancoAngeli.
- Bertolini, P. (Ed.) (2002). *I bambini giudici della tv: rapporto di ricerca su una settimana di programmazione televisiva in fascia protetta*. Milano: Guerini.
- Bertolini, P. (2005). *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*. Torino: Utet.
- Bettelheim, B. (1982). *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*. Milano: Feltrinelli.
- Bettetini, G. (1984). *La conversazione audiovisiva*. Milano: Bompiani.
- Bettetini, G. (1996). *L'audiovisivo dal cinema ai nuovi media*. Milano: Bompiani.
- Bianchi, C. (2005). *Spot*. Roma: Carocci.
- Bianchi, S., Barbieri, N., Gallotti, E., Gorla, V. (2005). Libroparlante. Media Education in Libreria. In P.C. Rivoltella (Ed.), *Educare per i media. Strumenti e metodi per la formazione del media educator*, pp. 137-144. Milano: ISU Università Cattolica.
- Bier, M.C., Schmidt, S.J. & Shields, D. (2011). School-based smoking prevention with media literacy: a pilot study. *Journal of Media Literacy Education*, 2(3): 185-198.
- Birch, L.L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19(1): 41-62
- Birch, L.L. & Fisher, J.O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(1): 539-549.
- Birnbaum, A.S., Lytle, L.A., Story, M., Perry, C.L. & Murray, D.M. (2002). Are differences in exposure to a multicomponent school-based intervention associated with varying dietary outcomes in adolescents?. *Health Education & Behavior*, 29 (4): 427-443.
- Boni, F. (2006). *Teorie dei media*. Bologna: Il Mulino.
- Borys, J.M. & Lafay, L. (2000). Nutritional information for children to modify the food habits of the whole family. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 120(3): 207-209.
- Boscolo P. (1997). *Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali*. Torino: Utet.
- Boulos, R., Kuross Vikre, E., Oppenheimer, S., Chang, H. & Kanarek, R.B. (2012). ObesiTV: how television is influencing the obesity epidemic. *Physiology & Behavior*, 107(1): 146-153.
- Blanchette, L. & Burg, J. (2005). Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12 year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(6): 431-443.
- Blom Hoffman, J. (2008). School based promotion of fruit and vegetable consumption in multiculturally diverse, urban school. *Psychology in the Schools*, 45(1): 16-27.
- Braibanti, P. (Ed.) (2002). *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Braibanti P. (Ed.) (2007). *Psicologia della salute Fondamenti psicologici e riflessione critica per un discorso sulla promozione della salute*. Bergamo: CELSB.
- Braibanti P. & Zuino A. (2006). Modelli di educazione sanitaria e promozione della salute. In A. Mauri & C. Tinti (Eds.), *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*, pp. 105-135. Torino: Utet.

- Braibanti P. & Zuino A. (2007). Psicologia e promozione della salute. In P. Braibanti (Ed.), *Psicologia della salute. Fondamenti psicologici e riflessione critica per un discorso sulla promozione della salute*, pp. 5-31. Bergamo: CELSB.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press. (Tr. it., *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino, 1986).
- Brown, J.A. (2001). Media Literacy and critical television viewing in education. In D.J. Singer & J.L. Singer (Eds.), *Handbook of children and the media*, pp. 681-697. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Brown, J.D. (2006). Media literacy has potential to improve adolescent's health. *Journal of Adolescent Health* 39: 459-460.
- Brown, J.D. & Walsh-Childers K. (2002). Effects of media on personal and public health. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.). *Media effects. Advances in theory and research*, pp. 453-488. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, J.D. & Whitherspoon, E.M. (2002). The mass media and American adolescents' health. *Journal of Adolescent Health*, 31 (6): 153-170.
- Brug, J. (2008). Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Family Practice*, 25(1): 50-55.
- Brug, J., Tak, N.I., te Velde, S.J., Bere, E. & de Bourdeaudhuij, I. (2008). Taste preferences, liking and other factors related to fruit and vegetable intakes among schoolchildren: results from observational studies. *British Journal of Nutrition*, 99(1): 7-14.
- Bruner, J. (1996). *The culture of education*. Cambridge: Harvard University Press. (Tr. it., *La cultura dell'educazione. Nuovi orizzonti per la scuola*. Milano: Feltrinelli, 1997).
- Buckingham, D. (1991). *Teaching about the media*. In D. Lusted, (Ed.), *The media studies book*, pp. 12-35. London: Routledge.
- Buckingham, D. (1993). *Children talking television: The making of television literacy*. London: Routledge Falmer.
- Buckingham, D (2000). *After the death of childhood. Growing up in the age of electronic media*. Cambridge: Polity Press. (Tr. it., *Né con la tv né senza la tv. Bambini, media e cittadinanza nel 21° secolo*. Milano: FrancoAngeli, 2004).
- Buckingham, D (2003). *Media Education. Literacy, learning and contemporary culture*. Oxford: Polity Press. (Tr. it., *Media Education. Alfabetizzazione, apprendimento e cultura contemporanea*. Trento: Erickson, 2006).
- Burg, J., te Velde, S.J., Chinapaw, M.J.M., Bere, E., de Bourdeaudhuij, I., Moore, H., Maes, L., Jensen, J., Manios, Y., Lien, N., Klepp., K.I., Lobstein, T., Martens, M., Salmon, J. & Singh, A.S. (2010). Evidence based development of school-based and family involved prevention of overweight across Europe: the ENERGY-project's design and conceptual framework. *Public Health*, 10(1): 276-285.
- Burn, A. & Durran, J. (2007). *Media literacy in schools: Practice, production and progression*, London: Paul Chapman.

- Buttriss, J., Stanner, S., McKeivith, B., Nugent, A.P., Kelly, C., Phillips, F. & Theobald, H.E. (2004). Successful ways to modify food choice: lessons from the literature. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 29(4): 333-343.
- Canova, G. (2000). *L'alieno e il pipistrello. La crisi della forma nel cinema contemporaneo*. Milano: Bompiani.
- Cappello, G. (2010). Analisi critica vs. produzione creativa. Le nuove sfide della media education nell'era digitale. *Form@re. Open Journal per la Formazione in Rete*, 70: settembre. (URL: <http://formare.erickson.it/wordpress/it/2010/analisi-critica-vs-produzione-creativa-le-nuove-sfide-della-media-education-nell%E2%80%99era-digitale/>) . Consultato in data 10/11/2010.
- Caraher, M., Landon J. & Dalmeny, K. (2006). Television advertising and children: Lessons from policy development. *Public Health Nutrition*, 9 (5): 596-605.
- Carducci, A., Alfani, S., Sassi, M., Cinini A. & Calamusa, A. (2011). Mass media health information: Quantitative and qualitative analysis of daily press coverage and its relation with public perceptions. *Patient Education and Counseling*, 82(1): 475-478.
- Caronia, L. (2009). Coviewing in an Italian classroom. *Journal of Children and Media*, 3(3): 267-285.
- Cavalluzzi, M. (2008a). Pubblicità, cultura e stili di vita. In L. D'Abbicco (Ed.), *Guida la TV. Grandi e piccoli davanti alla televisione*, pp. 28-30. Milano: Paoline Editoriale Libri.
- Cavalluzzi, M (2008b). I programmi televisivi e il bambino "cliente". In L. D'Abbicco (Ed.), *Guida la TV. Grandi e piccoli davanti alla televisione*, pp. 44-45. Milano: Paoline Editoriale Libri.
- Celebuski, C. & Farris, E. (2000). Nutrition education in public elementary school classrooms, K-5. *Education Statistics Quarterly*, 2(1): 66-69.
- Champion, V.L & Sugg Skinner, C. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*, pp. 45-65. San Francisco: Jossey-Bass.
- Charlesworth, L.W. & Rodwell M.K. (1997). Focus group with children: A resource for sexual abuse prevention program evaluation. *Child Abuse and neglect*, 21(12): 1205-1216.
- Chia, S.C. & Lee, W. (2008). Pluralistic ignorance about sex: The direct and the indirect effects of media consumption on college students' misperception of sex-related peer norms. *International Journal of Public Opinion Research*, 20(1): 52-73.
- Chiosso, G. (2003). *Teorie dell'educazione e della formazione*. Milano: Mondadori.
- Cicognani, E. (2006). La salute e il benessere soggettivo. In A. Mauri & C. Tinti (Eds.), *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*, pp. 16-27. Torino: Utet.
- Cicognani, E., Zani, B. & Bonini, C. (1997). Gli adolescenti e le campagne informative sull'Aids: una ricerca-intervento. In B. Zani & M.L. Pombeni (Eds.), *L'adolescenza: bisogni soggettivi e risorse sociali*, pp. 76-80. Cesena: Società Editrice "Il Ponte Vecchio".

- Codeluppi, V. (2001). *Il potere della marca. Disney, McDonald's, Nike e le altre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Coggi, C. (Ed.) (2003). *Valutare la tv per i bambini. Vie alla qualità e all'uso educativo*. Milano: FrancoAngeli.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320(1): 1-6.
- Commissione Europea (2005). *Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche* (URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0637:FIN:IT:PDF>). Consultato in data 8/05/2010.
- Commissione Europea (2007a). *Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità*. (URL: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11542c_it.htm). Consultato in data 09/11/2010.
- Commissione Europea (2007b). *Un approccio europeo all'alfabetizzazione mediatica nell'ambiente digitale. Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni* (URL: [http://notes9.senato.it/web/docuorc2004.nsf/0/9c16e75dd3e5ac77c12573be003ba274/\\$FILE/05086-08_IT.pdf](http://notes9.senato.it/web/docuorc2004.nsf/0/9c16e75dd3e5ac77c12573be003ba274/$FILE/05086-08_IT.pdf)). Consultato in data 10/08/2012.
- Commissione Europea (2009). *Raccomandazione sull'alfabetizzazione mediatica nell'ambiente digitale per un'industria audiovisiva e dei contenuti più competitiva e per una società della conoscenza inclusiva*. (URL: http://ec.europa.eu/culture/media/literacy/docs/recom/c_2009_6464_it.pdf). Consultato in data 06/09/2012.
- Consiglio d'Europa (2007). *Regolamento (CE) n.1234/2007: organizzazione comune dei mercati agricoli e disposizioni specifiche per taluni prodotti agricoli (regolamento unico OCM)*. (URL: <http://www.politicheagricole.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3387>). Consultato in data 08/08/2012.
- Consiglio Occupazione, politica sociale, sanità e consumatori (2005). *Obesità, nutrizione e attività fisica*. (URL: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11542a_it.htm). Consultato in data 8/05/2010.
- Conte, M. (2003). *Emilio nella rete. Educazione e nuove tecnologie*. Padova: Cleup.
- Cooke, L.J., Wardle, J., Gibson, E.L., Sapochnik, M., Sheiham, A. & Lawson, M. (2003). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 7(2): 295-302.
- Corbetta P., Gasperoni G., Pisati M. (2001). *Statistica per la ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Cottini, L. (1999). *La statistica nella ricerca psicologica ed educativa*. Firenze: Giunti.
- Cousinet, R. (1949). *Une méthode de travail libre par groupes*. Paris: Les Éditions du Cerf. (Tr. it. *Un metodo di lavoro libero per gruppi*. La Nuova Italia: Firenze, 1973).

- Cox, C. (2008). "Good for you tv": Using storyboarding for health related television public service announcement to analyze messages and influence positive health choices. *Journal of School Health* 78(3): 179-183.
- Cox, D.N., Anderson, A.S., Lean, M.E.J. & Mela D.J. (1998). UK consumer attitudes, beliefs and barriers to increasing fruit and vegetable consumption. *Public Health Nutrition*, 1(1): 61-68.
- Craggs, C.E. (1992). *Media Education in Primary School*. London: Routledge. (Tr. it., *Media Education nella scuola primaria*. Perugia: Morlacchi Editore, 2006).
- Crawford, R. (1996). The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and Aids. *Social Science and Medicine*, 38(10): 1347-1375.
- Croghan, I.T., Campbell, H.M., Patten, C.A., Croghan, G.A., Schroeder, D.R. & Novoty, P.J. (2004). A contest to create media messages aimed at recruiting adolescents for stop smoking programs. *The Journal of School Health*, 74 (8): 325-328.
- Cullen, K.W., Baranowski, T., Owens, E., Marsh, T., Rittenberry L. & de Moor C. (2003). Availability, accessibility and preferences for fruit, 100% fruit juice and vegetables influence children's dietary behavior. *Health Education and Behavior*, 30(5): 615-626.
- Cullen, K.W., Baranowski, T., Rittenberry L. Cosart C, Hebert D & de Moor, C. (2001). Child reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: reliability and validity of measures. *Health Education Research*, 16(1): 187-200.
- Cullen, K.W., Baranowski, T., Rittenberry L. & Olvera, N. (2000). Social-environmental influences on children's diets: Results from focus groups with African-, Euro-, and Mexican-American children and their parents. *Health Education Research*, 15(5): 581-590.
- Cullen, K.W., Bartholomew, L.K., & Parcel, G. S. (1997). Girl scouting: An effective channel for nutrition education. *Journal of Nutrition Education*, 29(2): 86-91.
- Cullen, K.W., Zakeri, I., Pryor, E.W., Baranowski, T., Baranowski, J. & Watson, K. (2004). Goal setting is differentially related to change in fruit and vegetable consumption among fourth-grade children. *Health Education and Behavior*, 31(2): 258-269.
- D'Abbicco, L. (2001). Il media educator nell'animazione del territorio. In C. Ottaviano (Ed.), *Mediare i media. Ruolo e competenze del media educator*, pp. 109-119. Milano: FrancoAngeli.
- D'Abbicco, L. (2008). Homo videns: ha ragione Sartori?. In L. D'Abbicco (Ed.), *Guida la tv. Grandi e piccoli davanti alla televisione*, pp. 59-60. Milano: Paoline Editoriale Libri.
- D'Amato, M. (Ed.) (2006). *Bambini multimediali. Per giocare, per conoscere, per crescere*. Firenze: Istituto degli Innocenti
- D'Angelo, M. & Braibanti, P. (2007). La spiegazione dei comportamenti di salute, dalla prospettiva sociocognitiva agli approcci critici. In P. Braibanti (Ed.), *Psicologia della salute. Fondamenti psicologici e riflessione critica per un discorso sulla promozione della salute*, pp. 33-61. Bergamo: CESLB.

- Da Dalt, L., Andeola, B. & Carraro, S. (2008). *Promuovere la salute a scuola*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Dave, J.M., Evans, A.E., Condrasky, M.D. & Williams, J.E. (2012). Parent-reported social support for child's fruit and vegetable intake: validity of measure. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(2): 132-139.
- Davis, M., Baranowski, T., Resnicow, K., Baranowski, J., Doyle, C., Smith, M., Wang, D.T., Yaroch, A. & Hebert, D. (2000). Gimme 5 fruit and vegetable for fun and health: process evaluation. *Health Education & Behavior*, 27(2): 167-176.
- De Bourdeaudhuij, I., Klepp, K.I., Due, P., Perez Rodrigo, C., De Almeida, M.D.V., Wind, M., Krølner, R., Sandvik, C. & Brug, J. (2004). Reliability and validity of a questionnaire to measure personal, social and environmental correlates of fruit and vegetable intake in 10-11 year-old children in five European countries. *Public Health Nutrition*, 8(2): 189-200.
- De Kerckhove, D. (1991). *Brainframes, Technology, Mind and Business*. Utrecht: Bosch & Keuning. (Tr. it., *Brainframes: mente, tecnologia, mercato*. Bologna: Baskerville, 1993).
- Delgado-Noguera, M., Tort, S., Martínez-Zapata, M. J. & Bonfill, X. (2011). Primary school interventions to promote fruit and vegetable consumption: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 53(1): 3-9.
- Delvecchio, F. (2004). *Statistica per la ricerca sociale*. Bari: Cacucci.
- Dixey, R., Sahota, P., Atwal, S., Turner, A. (2001). Children talking about healthy eating: data from focus group with 300 9-11-year-olds. *British Nutrition Foundation - Nutrition Bulletin* 26: 71-79.
- Domel, S.B. & Thompson, W.O. (2002). Fourth-grade children's consumption of fruit and vegetable items available as part of school lunches is closely related to preferences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(3): 166-171.
- Domel, S.B., Thompson, W.O., Davis, H.C., Baranowski, T., Leonard, S.B. & Baranowski, J. (1996). Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption among elementary school children. *Health Education Research*, 11(3): 299-308.
- Dovigo, F. (2009). *La salute s'impara. Educazione al benessere e didattica attiva per la scuola primaria*. Roma: Carocci.
- Drasigh, S. (2006). La media education in Italia. Media education: una soluzione possibile. In M. D'Amato (Ed.), *Bambini multimediali. Per giocare, per conoscere, per crescere*, pp. 309-321. Firenze: Istituto degli Innocenti.
- Dweck, C.S., (2000). *Self-theories: They role in motivation, personality and development*. London: Psychology Press.
- Eco, U. (1964). *Apocalittici e integrati. Comunicazioni di massa e teorie della cultura di massa*. Milano: Bompiani.
- Eco, U. (1968). *La struttura assente*. Milano: Bompiani.
- Edwards, J.S.A. & Hartwell, H.H. (2002). Fruit and vegetables - attitudes and knowledge of primary school children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15(5): 365-374.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286): 129-236.

- Engels, R.C.M., Hermans, R., van Baaren, R.B., Hollenstein, T. & Bot, S.M. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3): 244-249.
- Ercolani, A.P., Areni A., Leone L. (2008). *Elementi di statistica per la psicologia*. Bologna: Il Mulino
- Eshach, H. (2007). Bridging in-school and out-of-school learning: Formal, nonformal, and informal education. *Journal of Science Education and Technology*, 16(2): 171-190.
- Eurispes e Telefono Azzurro (2009). *10° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. (URL: <http://www.azzurro.it/index.php?id=225>). Consultato in data 09/11/2010.
- Evans, A.E., Dave, J., Tanner, A., Duhe, S., Condrasky, M., Wilson, D., Griffin, S., Palmer, M. & Evans, M. (2006). Changing the home nutrition environment: Effects of a nutrition and media literacy pilot intervention. *Family & Community Health*, 29(1): 43-54.
- Falcinelli, F. (2006). Per una lettura pedagogica dei media. In F. Falcinelli. & S. Savelli (Eds.), *Media Education nella scuola in Umbria*, pp. 15-40. Perugia: Morlacchi Editore.
- Falcinelli, F. (2007). Media education nella scuola. Il caso dell'Umbria. In M. Morcellini & P.C. Rivoltella (Eds.), *La sapienza di comunicare. Dieci anni di media education in Italia ed Europa*, pp. 149-156. Trento: Erickson.
- Federalimentare (2012). *Il gusto fa scuola*. (URL: http://www.ilgustofascuola.it/247/il_protocollo_di_intesa_miur_federalimentare.html). Consultato in data 08/08/2012.
- Felini, D. (2004). *Pedagogia dei media. Questioni, percorsi e sviluppi*. Brescia: La Scuola.
- Felini, D. (2005). Progettare la media education. Dall'idea iniziale al curricolo dei media. In P.C. Rivoltella (Ed.), *Educare per i media. Strumenti e metodi per la formazione del media educator*, pp. 67-92. Milano: ISU Università Cattolica.
- Felini, D. (2008). L'immaginario televisivo. In L. D'Abbicco (Ed.), *Guida la TV. Grandi e piccoli davanti alla televisione*, pp. 47-52. Milano: Paoline Editoriale Libri.
- Felisatti, E. (2001). *Progettualità, ricerca e sperimentazione nella scuola dell'autonomia: strumenti e materiali di lavoro per l'insegnante ricercatore*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Ferrante, A.L. (2001). Il contributo della psicopedagogia all'educazione sanitaria. In A. Pellai & P. Marzorati (Eds.), *Educazione alla Salute: standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, pp. 42-50. Milano: FrancoAngeli.
- Fiates, G.M.R., Amboni, R.D.M.C, Teixeira E. (2008). Television use and food choices of children: Qualitative approach. *Appetite*, 50(1): 12-18.
- Finnegan, J.R. & Viswanath, K. (2008). Communication theory and health behavior change. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health Education. Theory, research, and practice*, pp. 363-387. San Francisco: Jossey-Bass.

- Fishbein, M & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitudes, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
- Fitzgerald, A., Heary C., Nixon, E. & Kelly C. (2010). Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: A qualitative investigation. *Health Promotion International*, 25(3): 289-298.
- Ford, M.E. (1992). *Motivating humans. Goals, emotions, and personal agency beliefs*. Newbury Park: Sage. (URL: http://books.google.it/books?id=_b-RmaOI8bQC&printsec=frontcover&hl=it&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Consultato in data 27/12/2012.
- Freinet, E. & Freinet, C. (1949). *Naissance d'une pédagogie populaire*. Cannes: Édition de l'École Moderne Française. (Tr. it., *Nascita di una pedagogia popolare*. Firenze: La Nuova Italia, 1976).
- Freire, P. (1970). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Edições Paz e Terra. (Tr. it., *La pedagogia degli oppressi*. Milano: Mondadori, 1971).
- Freire, P. (1972). *El Mensaje De Paulo Freire. Teoría y práctica de la liberación*. Madrid: Marsiega (Tr. it., *Teoria e pratica della liberazione*. Roma: A.V.E., 1974).
- Friedman, H.S. & Cohen Silver, R. (Eds.) (2007). *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press.
- Friel, S., Keller, C., Campbell, P. & Nolan, G. (1999). Evaluation of the nutrition education at primary school (NEAPS) programme. *Public Health Nutrition*, 2(4): 549-555.
- Fuller, H.A., Damico, A.M., & Rodgers, S. (2004). Impact of a health and media literacy curriculum on 4th-grade girls: A qualitative study. *Journal of Research in Childhood Education*, 19(1): 66-78.
- Galimberti, U. (1999). *Psiche e techne*. Milano: Feltrinelli.
- Galliani, L. (1979). *Il processo è il messaggio*. Bologna: Cappelli.
- Galliani, L. (Ed.) (1984). *La progettazione audiovisiva nella scuola*. Pavia: MCE.
- Galliani, L. (1988). *Educazione ai linguaggi audiovisivi*. Torino: Società Editrice Internazionale.
- Galliani, L. (Ed.) (1996). *L'educazione interculturale: curricolo dei media*. Bari: IRSSAE Puglia.
- Galliani, L. (2002a). Note introduttive - Appunti per una vera storia dell'educazione ai media, con i media, attraverso i media. *Studium Educationis*, 3: 563-576.
- Galliani, L. (2002b). Multimedialità. *Studium Educationis*, 3: 792-794.
- Galliani, L. (2004). Presentazione. In L. Messina (Ed.), *Andar per segni. Percorsi di Educazione ai media*, pp. 11-18. Padova: Cleup.
- Galliani, L. (2009). La ricerca sull'educazione mediale. Contributi multidisciplinari e prospettive di sviluppo. *REM-Ricerche su Educazione e Media*, 1(1): 9-23.
- Galliani, L., Padoan, I. & Felisatti, E. (2000). *Teorie e tecniche della comunicazione*. Trento: Erickson.
- Gandolfo, E.B. (2007). Salute dell'adolescente e comportamenti di salute. In P. Braibanti (Ed.), *Psicologia della salute. Fondamenti psicologici e riflessione critica per un discorso sulla promozione della salute*, pp. 165-193. Bergamo: CELSB.

- Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books. (Tr. it., *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*. Milano: Feltrinelli, 1987).
- Gattico, E. & Mantovani, S. (1998). *La ricerca sul campo in educazione. I metodi quantitativi*. Milano: Mondadori.
- Gattshall, M.L., Shoup, J.A., Marshall, J.A., Crane, L.A. & Estabrooks, P.A. (2008). Validation of a survey instrument to assess home environments for physical activity and healthy eating in overweight children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(3): 1-13.
- Gerbner, G. & Gross, L. (1976). Living with television: The violence profile. *Journal of Communication*, 26(2): 173-199.
- Ghedini, E. (2004). *Quando si sta bene. Educazione alla salute e adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Glanz, K. & Rimer, B.K. (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. Washington DC: National Cancer Institute, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Glanz, K. (2008). Community and group models of health behavior change. In K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*, pp. 283-285. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (Eds.) (2008). *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Golan, M., Weizman, A. & Fainaru, M. (1999). Impact of treatment for childhood obesity on parental risk factors for cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 29(1): 519-526.
- Gonnet, J (1997). *Éducation et médias*. Paris: Presses Universitaires de France. (Tr.it., *Educazione, formazione e media*. Roma: Armando, 2001).
- Gonzales, R., Gilk, D., Davoudi, M. & Ang, A. (2004). Media literacy and public health: Integrating theory, research, and practice for tobacco control. *American Behavioral Scientist*, 48(2): 189-201.
- Goodson, F.T. & Norton-Meier, L. (2003). Motor oil, civil disobedience, and media literacy. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 47(3): 258-262.
- Gorn, G.J & Goldberg, M.E. (1982). Behavioral evidence of the effects of televised food messages on children. *Journal of Consumer Research* 9(2):200-205.
- Gortmaker, S.L., Cheung, L. W. Y., Peterson, K. E., Chomitz, G., Hammond Cradle, J., Dart, H., Kay Fox, A., Bullock, R.B., Sobol, A.M., Coldiz, G., Field, A.E. & Laird, N. (1999). Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(8): 975-983.
- Gracey, D., Stanley, N., Burke, V., Corti, B. & Beilin, L.J. (1996). Nutritional knowledge, beliefs and behaviours in teenage school student. *Health Education Research*, 11(2): 187-204
- Greco, G. (2000). *Socializzazione virtuale. Bambini e tv nei nuovi scenari tecnologici*. Catanzaro: Rubettino.

- Green, L.W. & Kreuter, M.V. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mountain View: Mayfield.
- Grimm, B.J., Harmon, A.H., Gromis, J.C. (2006). Focused group interviews as an innovative quanti-qualitative methodology (QQM): Integrating quantitative elements into a qualitative methodology. *The Qualitative Report*, 11(39): 516-537.
- Guarino A. (2006). *Psiconcologia dell'età evolutiva*. Trento: Erickson.
- Guarino, A. (2008). *Fondamenti di educazione alla salute. Teorie e tecniche per l'intervento psicologico in adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Guerrieri, S. & Simoncelli, B. (2005). Mepa. Media education nella pubblica amministrazione. In P.C. Rivoltella (Ed.), *Educare per i media. Strumenti e metodi per la formazione del media educator*, pp. 201-214. Milano: ISU Università Cattolica.
- Hall, S. (1980). Cultural Studies: two paradigms. *Media, Culture and Society*, 2(1): 57-72.
- Hamam, M. (2011). Egitto in rivolta: il risveglio del gigante. *Limes. Rivista Italiana di Geopolitica* 29/01/2011. (URL: <http://temi.repubblica.it/limes/egitto-in-rivolta-il-risveglio-del-gigante/19380>). Consultato in data 07/09/2012.
- Harris, J.L. & Bargh, J.A. (2009). The relationship between television viewing and unhealthy eating: Implications for children and media interventions. *Health Communication*, 24(7): 660-673.
- Harvey-Berino, J. & Rouke, J. (2003). Obesity prevention in preschool Native-American children: A pilot study using home visiting. *Obesity Research*, 11(5): 606-611.
- Hearn, M., Baranowski, T., Baranowski, J., Doyle, C., Smith, M., Lin, L.S. & Resnicow, K. (1998). Environmental influences on dietary behaviour among children: Availability and accessibility of fruit and vegetables enable consumption. *Journal of Health Education* 29(1): 26-32.
- Heins, M. & Cho, C. (2003). *Media Literacy. An alternative to censorship*. New York: Free Expression Policy Project.
- Hindin, T.B., Contento, I.R. & Gussow J.D. (2004). A media literacy nutrition education curriculum for head start parents about the effects of television advertising on their children's food requests. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(2): 192-198.
- Hingle, M. & Kunkel, D. (2010). Childhood obesity and the media. *Pediatric Clinics of North America*, 59(3): 677-692.
- Hobbs, R. (2004). Does medial literacy work? An empirical study of learning how to analyze advertisements. *Advertising and Society Review*, 5(4): 1-28.
- Hobbs, R., Broder, S., Pope, H. & Rowe, J. (2006). How adolescent girls interpret weight-loss advertising. *Health Education Research*, 21(5): 719-730.
- Hochbaum, G.M. (1956). Why people seek diagnostic X-rays. *Public Health Reports*, 71(4): 377-380
- Hodgkinson, A.V. (1964). *Screen Education. Teaching a critical approach to screen and television*. Paris: Unesco Press.

- Hoelscher, D.M., Evans, A.E., Parcel, G.S. & Kelder, S.H. (2002). Designing effective nutrition interventions for adolescents. *Journal of American Dietetic Association*, 102(3): 52- 63.
- Hoelscher, D.M., Feldman, H.A., Johnson, C.C., Lytle, L.A., Osganian, S.K., Parcel, G.S., Kelder, S.H., Stone, E.J. & Nader, P.R. (2004). School-based health education programs can be maintained over time: Results from the CATCH institutionalization study. *Preventive Medicine*, 38(1): 594-606.
- Hoelscher, D.M., Kelder, S.H., Pérez, A., Day, R.S., Benoit, J.S., Frankowski, R.F., Walker, J.L. & Lee, E.S. (2010a). Changes in the regional prevalence of child obesity in 4th, 8th, and 11th grade students in Texas from 2000-2002 to 2004-2005. *Obesity*, 18(7): 1360–1368.
- Hoelscher, D.M., Springer, A.E., Ranjit, N., Perry, C.L., Evans, A.E., Stigler, M. & Kelder, S.H. (2010b). Reduction in child obesity among disadvantaged school children with community involvement: the Travis County CATCH trial. *Obesity*, 18(1): 36-44.
- Hollar, D., Lombardo, M., Lopez-Mitnik, G., Hollar, T.L., Almon, M., Agaston, A. S. & Messiah, S.E. (2010). Effective multi-level, multi-sector, school-based obesity prevention programming improves weight, blood pressure, and academic performance, especially among low-income, minority children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(2): 93-108.
- Horner, S.D (2000). Using focus group methods with middle school children. *Research in Nursing & Health* 23(6): 510-517.
- Horowitz, J.A., Vessey J.A., Carlson, K.L., Bradley, J.F., Montoya. C., McCullough, B. (2003). Conducting school-based focus groups: lessons learned from the Cats Project. *Journal of Pediatric Nursing* 18(5): 321-331
- Howerton, M.W., Bell, B.S., Dodd, K.W., Berrigan, D., Stolzenberg-Solomon, R. & Nebeling, L. (2007). School-based nutrition programs produced a moderate increase in fruit and vegetable consumption: Meta and pooling analyses from 7 studies. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 39(4): 186-196.
- Hundley, H.L. (2004). A college professor teaches a fourth-grade media literacy unit on television commercials. Lessons learned by the students and by the teacher. *American Behavioral Scientist*, 48(1): 84-91.
- IDEFICS (2012) - Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants. (URL: www.ideficsstudy.eu). Consultato in data 07/06/2012.
- INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) (2009). *La nuova piramide alimentare della dieta mediterranea* (URL: http://www.inran.it/358/31/news/ecco_la_nuova_piramide_alimentare_della_dieta_mediterranea.html). Consultato in data 24/12/2010.
- Irving, L.M. & Berel, S.R. (2001). Comparison of media-literacy programs to strengthen college women's resistance to media images. *Psychology of Women Quarterly*, 25(2): 103-111.
- Jackobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris: Minuit. (Tr.it. *Saggi di linguistica generale*. Milano: Feltrinelli, 1966)

- Jacquinet-Delaunay, G. (2007). Dall'educazione ai media alle "mediaculture": ci vogliono sempre gli inventori!. In M. Morcellini & P.C. Rivoltella (Eds.) *La sapienza di comunicare. Dieci anni di media education in Italia e in Europa*, pp. 131-141. Trento: Erickson.
- Jago, R., Baranowski, T. & Baranowski J.C. (2007). Fruit and vegetable availability: A micro environmental mediating variable? *Public Health Nutrition*, 10(7): 681-689.
- Jenkins, R. (1999). Professor Jenkins goes to Washington, *Harper's Magazine*, 19(1): 23-26.
- Jeong, S.H., Cho, H. & Hwang, Y. (2012). Media literacy intervention: A meta-analytic review. *Journal of Communication*, 62(1): 454-472.
- Jenvey, V.B. (2007). The relationship between television viewing and obesity in young children: A review of existing explanations. *Early Child Development and Care*, 177(8): 809-820.
- Jonassen, D.H. (1995). Computers as cognitive tools: Learning *with* technology, not *from* technology. *Journal of Computing in Higher Education*, 6 (2): 40-73.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F. & Carvalho, G.S. (2008). The future health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & Education*, 15(3): 36-38.
- Kafatos, I., Peponaras, A., Linardakis, M. & Kafatos, A. (2004). Nutrition education and mediterranean diet: Exploring the teaching process of a school-based nutrition and media education project in Cretan primary schools. *Public Health Nutrition*, 7(7): 969-975.
- Kami, J.S., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., Horodynski, M.A. & Sayir, A. (2008). Increasing nutrition literacy: Testing the effectiveness of print, web site and game modalities. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(1): 3-10.
- Kanizsa, G. (1991). *Vedere e pensare*. Bologna: Il Mulino.
- Karlberg, M. (2007). Contextual media literacy revised. *Academic Exchange*, 11(3): 165-170.
- Kater, K.J., Rohwer, J. & Londre, K. (2002). Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating and weight concerns. *Journal of School Health*, 72(5): 199-204.
- Keller, S.N., & Brown, J.D. (2002). Media interventions to promote responsible sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39(1): 67-72.
- Kennedy, C., Kools, S., Krueger, R. (2001). Methodological considerations in children's focus groups. *Nursing Research*, 50(3): 184-187.
- Kermol, E. & Pira, F. (1999). *Bambini mai soli davanti alla tv*. Trieste: Edizioni Goliardiche.
- Klepp, K.I., Perez Rodrigo, C., De Bourdeaudhuij, I., Due, P., Elmadfa, I., Haraldsdóttir, J., König, J., Sjöström, M., Thórsdóttir, I., Vaz de Almeida, M.D., Yngve, A. & Brug, J. (2005a). Promoting fruit and vegetable consumption among European schoolchildren: Rationale, conceptualisation and design of the Pro Children Project. *Annual of Nutrition and Metabolism*, 49(2): 212-220.

- Klepp, K.I., Perez Rodrigo, C., Thórsdóttir, I., Due, P., Vaz de Almeida, M.D., Elmadfa, I., Wolf, A., Haraldsdóttir, J., Brug, J., Sjöström, M., Yngve, A. & De Bourdeaudhuij, I. (2005b). Promoting and sustaining health through increased vegetable and fruit consumption among European schoolchildren: the Pro Children Project. *Journal of Public Health*, 13(1): 97:101.
- Knai, C., Pomerleau, J., Lock K. & McKee, M. (2006). Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. *Preventive Medicine*, 42(1): 85-95.
- Kok, G., Schaalma, H., De Vries, H., Parcel, G.S. & Paulussen, T. (1996). Social psychology and health education. *European Review of Social Psychology*, 7(1): 241-282.
- Kratt, P., Reynolds, K. & Shewchuk, R. (2000). The role of availability as a moderator of family fruit and vegetable consumption. *Health Education and Behavior*, 27: 471-482.
- Kubey, R. (2005). Commentary: How media education can promote democracy, critical thinking, health awareness, and aesthetic appreciation in young people. *Studies in Media & Information Literacy Education*, 5(1): 1-6.
- Kunkel, D. (2001). Children and television advertising. In D.G. Singer & J.L. Singer (Eds), *Handbook of children and the media*, pp. 375-393. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kupersmidt, J.B., Scull, T.M. & Austin, E.W. (2010). Media literacy education for elementary school substance use prevention: Study of media detective. *Pediatrics* 126(3): 525-531.
- Landi, P. (2006a). *Volevo dirti che è lei che guarda te. La televisione spiegata a un bambino*. Milano: Bompiani.
- Landi, P. (2006b). La pubblicità. La pubblicità per bambini e i bambini nella pubblicità. In M. D'Amato (Ed.), *Bambini multimediali. Per giocare, per conoscere, per crescere*, pp. 173-178. Firenze: Istituto degli Innocenti.
- Lemish, D. (1997). *Children and television*. Oxford: Blackwell Publishing. (Tr.it., *I bambini e la tv*. Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- Lévy, P. (1994). *L'Intelligence collective. Pour une anthropologie du cyberspace*. Paris: La Découverte. (Tr. it., *L'intelligenza collettiva. Per un'antropologia del ciber spazio*. Milano: Feltrinelli, 1996).
- Limone, P. (2009). Media e animazione del territorio. Scenari di progettazione partecipata. *REM-Ricerche su Educazione e Media*, 1(1): 139-150.
- Livingstone, S., van Couvering, E. & Thumim, N. (2003). *Adult media literacy. A review of the research literature on behalf of Ofcom*. Department of Media and Communications - London School of Economics and Political Science. (URL: <http://stakeholders.ofcom.org.uk/binaries/research/media-literacy/aml.pdf>). Consultato in data 12/08/2012.
- Livingstone, S. & Helsper, E. (2004). *Advertising foods to children: Understanding promotion in the context of children daily lives. A review of the literature prepared for the Research Department of the Office of Communications (OFCOM)*. Department of Media and Communications - London School of Economics and Political Science.

- (URL:<http://www.lse.ac.uk/collections/media@lse/whoswho/sonialivingstone.htm>). Consultato in data 29/09/2010.
- Livingstone, S. & Helsper, E. (2006). Does advertising literacy mediate the effects of advertising on children? A critical examination of two linked research literatures in relation to obesity and food choice. *Journal of Communication*, 56(3): 560-584.
- Livolsi, M. (1998). *La realtà televisiva. Come la tv ha cambiato gli italiani*. Bari: Laterza.
- Lockyer, L., Patterson, J. & Harper, B. (1999). Measuring effectiveness of health education in a web-based learning environment: A preliminary report. *Higher Education Research and Development*, 18(2): 233-246.
- Lopez, A.G. (2004). *Empowerment e pedagogia della salute*. Bari: Progedit.
- Malcom, A. & Dowsett, G. (1998). Prevention in practice: Summation of guiding principles. In A. Malcom & G. Dowsett (Eds.), *Partner in prevention. International case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS*, pp.58-66. (URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc093-partnersinprevention_en.pdf). Consultato in data 02/08/2012.
- Mangunkusumo, R.T., Brug, J., De Koning, H.J., Van Der Lei, J. & Raat, H. (2007). School-based internet tailored fruit and vegetable education combined with brief counselling increases children's awareness of intake levels. *Public Health Nutrition*, 10(3): 273-279.
- Manovich, L. (2001). *The Language of New Media*. Cambridge: MIT Press. (Tr. it., *Il linguaggio dei nuovi media*. Milano: Edizioni Olivares, 2002).
- Mantovani, C., Bissoli, F., Barison, B., Terreran, A., Losasso, C., Vanzo, A., Vio, P., Grassi, E. & Messina, L. (2010). "Alimentinsalute": A social marketing project for public health communication and education on food safety and nutrition in Veneto Region. In L. Gómez Chova, D. Martí Belenguer, I. Candel Torres (Eds.), *ICERI 2010 Conference Proceeding – International Conference of Education, Research and Innovation*, pp. 4553-4562. Valencia: IATED.
- Mantovani, S. & Ferri, P. (2008). *Digital Kids. Come i bambini usano il computer e come potrebbero usarlo genitori e insegnanti*. Milano: Etas.
- Maragliano, R. (1996). *Esseri multimediali. Immagini del bambino di fine millennio*. Firenze: La Nuova Italia.
- Marazzi, C. (2001). Il media educator in azienda. In C. Ottaviano (Ed.), *Mediare i media. Ruolo e competenze del media educator*, pp. 76-89. Milano: FrancoAngeli.
- Marks, D. (1996). Health psychology in contest. *Journal of Health Psychology*, 1(1): 7-21.
- Mariet, F. (1989). *Laissez-les regarder la télé*. Paris: Calmann-Lévy. (Tr.it., *Lasciateli guardare la tv*. Roma: Anicia, 1992).
- Martelli, S. (Ed.) (1996). *Videosocializzazione. Processi educativi e nuovi media*. Milano: FrancoAngeli.
- Martens, H. (2010). Evaluating Media Literacy Education: Concepts, theories and future directions. *Journal of Media Literacy Education*, 2(1): 1-22.

- Marzorati, P. (2001a). Promozione della salute: educazione sanitaria ed empowerment. In A. Pellai & P. Marzorati (Eds.), *Educazione alla salute: standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, pp. 30-37. Milano: FrancoAngeli.
- Marzorati, P. (2001b). Linee guida per programmi sanitari scolastici volti alla promozione di una sana alimentazione per tutta la vita. In A. Pellai & P. Marzorati (Eds.), *Educazione alla salute: standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, pp. 208-245. Milano: FrancoAngeli.
- Masterman, L. (1985). *Teaching the media*. London: Comedia.
- Masterman, L. (1994). A rationale for Media Education. In L. Masterman & F. Mariet (1994). *Media education in 1990's Europe: A teacher's guide*. Strasbourg, The Netherlands: Council of Europe Press. (Tr. it., *A scuola di media. Educazione, media e democrazia nell'Europa degli anni '90*. Brescia: Editrice La Scuola, 1997).
- Matthews, A.E. (2007). Children and obesity: A pan-European project examining the role of food marketing. *European Journal of Public Health*, 18(1): 7-11.
- Mauri, A. & Tinti, C. (2006) (Ed.). *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*. Torino: Utet.
- Mauriello, L.M., Ciavatta, M.M.H., Paiva, A.L., Sherman, K.J., Castle, P.H., Johnson, J.L. & Prochaska, J.M. (2010). Results of a multi-media multiple behavior obesity prevention program for adolescents. *Preventive Medicine*, 51(1): 451-456.
- Maynard, M., Gunnell, D., Emmett, P., Frankel, S. & Davey Smith, G. (2003). Fruit, vegetables and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Body Orr cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(3): 218-225.
- McAlister, A.L., Cheryl. L.P. & Parcel, G.S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: Social Cognitive Theory. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*, pp. 169-188. San Francisco: Jossey-Bass.
- McCannon, B. (2009). Media literacy/media education: Solution to 'big media'? In V.C. Strasburger, B.J. Wilson & A. Jordan (Eds), *Children, adolescents and the media*, pp. 519-569. Thousand Oaks: Sage.
- McGaffey, A., Hughes, K., Fidler, S.K., D'Amico, F.J. & Stalter, M.N. (2010). Can Elvis Pretzley and the Fitwits improve knowledge of obesity, nutrition, exercise, and portions in fifth graders? *International Journal of Obesity*, 1(1): 1-9.
- McGarvey, E., Keller, A., Forrester, M., Williams, E., Seward, D. & Suttle D.E. (2004). Feasibility and benefits of a parent-focused preschool child obesity intervention. *American Journal of Public Health*, 94(9): 1490-1495.
- McGinnis, J.M., Appleton Gootman, J. & Kraak, V.I. (Eds.) (2006). *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.
- McGraw, S.A., Sellers, D., Stone, E., Resnicow, K.A., Kuester, S., Fridinger, F. & Wechsler, H. (2000). Measuring implantation of school programs and policies to promote healthy eating and physical activity among youth. *Preventive Medicine*, 31(1): 86-97.

- McKenzie, J.F., Neiger, B.A.L. & Thackeray, R. (2012). *Planning, implementing & evaluating health promotion programs: A primer*. San Francisco: Cummings.
- McLuhan, M. (1964). *Understanding media. The extension of man*. New York: McGraw-Hill. (Tr. it., *Gli strumenti del comunicare*. Milano: Garzanti, 1986).
- Mendoza, K. (2007). Media literacy and health education: What's the prognosis? In J. Yoon (Ed), *Media education lab working paper series*. (URL: www.mediaeducationlab.com). Consultato in data 22/11/2011.
- Merskin. D. (2004). Reviving Lolita? A media literacy examination of sexual portrayals of girls in fashion advertising. *American Behavioral Scientist*, 48(1): 119-129.
- Messina, L. (2002). Media e apprendimento: il contributo della ricerca psicopedagogica. *Studium Educationis*, 3: 593-615.
- Messina, L. (Ed.) (2004). *Andar per segni. Percorsi di educazione ai media*. Padova: Cleup.
- Messina, L. (Ed.) (2007a). *Accompagnarsi nei media*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Messina, L. (2007b). La formazione delle figure educative per la produzione mediale. In M. Morcellini & P.C. Rivoltella (Eds.), *La sapienza di comunicare*, pp. 97-108. Trento: Erickson.
- Messina, L., De Rossi, M., Grassi, E., Personeni, F. & Tabone, S. (2011). Educazione mediale e animazione socio-culturale: un'esperienza di didattica universitaria integrata. In L. Galliani (Ed.). *Il docente universitario. Una professione tra ricerca, didattica e governance degli atenei*. Atti della VIII Biennale Internazionale sulla Didattica Universitaria, (Tomo II. Comunicazioni referate), pp. 423-441. Lecce: Pensa Multimedia.
- Messina, L. & Grassi, E., (2011). Healthy nutrition and media education: A training experience with teachers and students. *REM-Research on Education and Media*, 3(1), 45-63.
- Meyrowitz, J. (1985). *No sense of place. The impact of electronic media on social behavior*. New York: Oxford University Press. (Tr. it., *Oltre il senso del luogo. Come i media elettronici influenzano il comportamento sociale*. Baskerville: Bologna, 1995).
- Migliore, M.C. (2007). *L'indagine statistica in campo sociale: variabili e indicatori*. Milano: Franco Angeli.
- Miles, A., Rapoport, L., Wardle, J. Afuape, T. & Duman. M. (2001). Using the mass-media to target obesity: An analysis of the characteristics and reported behavior change of participants in the BBC's 'Fighting fat, fighting fit' campaign. *Health Education Research*, 16(3): 357-372.
- Miletto, R. & Bellotti, A. (2003). *I bambini e la pubblicità. Come rendere educativo il messaggio pubblicitario*. Roma: Armando Editore.
- Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali - Governo Italiano (2005). *Food 4 you*. (URL: <http://www.food-4u.it>). Consultato in data 08/08/2012.
- Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali - Governo Italiano (2007). *Mangia bene, cresci meglio*. (URL: <http://www.mangiabenecrescimeglio.it/la-campagna>). Consultato in data 07/08/2012.

- Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali- Governo Italiano (2010). *Frutta nelle scuole*. (URL: www.fruttanellescuole.gov.it). Consultato in data 08/08/2012.
- Ministero della Salute - Governo Italiano (2007). *Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*. (URL: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf). Consultato in data 10/06/2012.
- Ministero della Salute - Governo Italiano (2010). *Okkio alla Salute: sintesi dei risultati 2010*. (URL: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1286_listaFile_itemName_16_file.pdf). Consultato in data 10/09/2012.
- Ministero della Salute - Governo Italiano (2011). *Mangia a colori! Frutta e verdura 5 porzioni al giorno*. (URL: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_5_allegato.pdf).
- Ministero della Salute - Governo Italiano (2012). *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2011*. (URL: <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/homeRssp2011.jsp>). Consultato in data 10/01/2013.
- Ministero della Salute - Governo Italiano & Ulss 9-Treviso (2012). *Okkio alla Salute. Risultati dell'indagine 2010. Azienda Ulss 9-Treviso*. Volume distribuito dal Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione della Ulss 9-Treviso.
- Mink, M. (2011). Televised food advertisements constitute a *de facto* set of dietary endorsements. *Journal of Consumer Protection and Food Safety*, 6(1): 137-138.
- Mink, M., Evans, A., Moore, C.G., Calderon, K.S. & Deger, S. (2010). Nutritional imbalance endorsed by televised food advertisements. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(6): 904-910.
- Mishra, N.K. (2005). Role of information and health education in HIV protection. *Indian Journal of Prevention Social Medicine*, 36(3-4): 108-113.
- MIUR - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Governo Italiano (2005). *Linee guida per un corretto stile di vita*. (URL: http://archivio.pubblica.istruzione.it/essere_benessere/allegati/linee_guida.pdf). Consultato in data 02/08/2012.
- MIUR - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Governo Italiano (2009). *Programma Scuola e cibo*. (URL: http://www.toscana.istruzione.it/allegati/2010/novembre/NAVARRO_2010.pdf). Consultato in data 02/08/2012.
- MIUR - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Governo Italiano (2011). *Linee guida per l'educazione alimentare nella scuola*. (URL: http://archivio.pubblica.istruzione.it/allegati/prot7835_11.pdf). Consultato in data 02/08/2012.
- MIUR - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Governo Italiano (2012). *Esami di Stato conclusivi dei corsi di studio di Istruzione secondaria superiore. Prova di Italiano*. (URL: <http://www.istruzione.it>). Consultato in data 02/08/2012.

- http://archivio.pubblica.istruzione.it/argomenti/esamedistato/secondo_ciclo/prove/2011/P000.pdf). Consultato in data 11/12/2012.
- Montani, R. (2004). Segni di sogni. Il testo pubblicitario. In L. Messina (Ed.), *Andar per segni. Percorsi di educazione ai media*, pp. 199-227. Padova: Cleup.
- Montaño, D.E. & Kasprzyk, D. (2008). Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*, pp. 67-96. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moore, J., DeChillo, N., Nicholson, B., Genovese, A. & Sladen, S. (2000). Flashpoint: An innovative media literacy intervention for high-risk adolescents. *Juvenile and Family Court Journal*, 51(2): 23-34.
- Morcellini, M. (1999). *La tv fa bene ai bambini*. Roma: Meltemi.
- Morcellini, M. (2004). Media e identità scolastica. Significati di un cantiere aperto. In M. Morcellini (Ed.), *La scuola della modernità. Per un manifesto della Media education*, pp. 13-26. Milano: FrancoAngeli.
- Morcellini, M & Rivoltella, P.C. (Eds.) (2007). *La sapienza di comunicare. Dieci anni di media education in Italia ed Europa*. Trento: Erickson.
- Morse, J.M., Wolfe, R.R. & Niehaus, L. (2006). Principles and procedures for maintaining validity for mixed-method design. In L. Curry, R. Shield & T. Wetle (Eds), *Qualitative methods in research and public health: Aging and other special populations*, pp. 65-78. Washington DC: Gsa and Apha.
- Muzzati, B. (2012). *Salute e qualità della vita. Il benessere globale dell'individuo*. Roma: Carocci.
- Nader, P.R., Sellers, D.E., Johnson, C.C., Perry, C.L., Stone, E.J., Cook, K.C., Bebhuk, J. & Luepker, R.V. (1996). The effect of adult participation in a school-based family intervention to improve children's diet and physical activity: The child and adolescent trial for cardiovascular health. *Preventive Medicine*, 25(1): 455-464.
- Namle – National association for media literacy education (2007). *Core principles of media literacy education in the United States*. (URL: <http://namle.net/wp-content/uploads/2009/09/NAMLE-CPMLE-w-questions2.pdf>). Consultato in data 22/10/2011
- Negroponte, N. (1995). *Being Digital*. New York: Knopf. (Tr. it., *Esseri digitali*. Milano: Sperling & Kupfer, 1995).
- Ness, A.R. & Powles, J.W. (1997). Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: A review. *International Journal of Epidemiology*, 26(1): 1-13.
- Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N.E., Collier, T. & Hannan, P.J. (2000). Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short term effect of a community-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12): 1466-1473.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Perry, C. & Story, M. (2003). Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from Project EAT. *Preventive Medicine*, 37(3): 198-208.

- Nieder, I., Kriemler, S., Zahner, L., Bürgi, F., Ebenegger, V., Hartmann, T., Meyer, U., Schindler, C., Nydegger, A., Marques-Vidal, P. & Puder, J.J. (2009). Influence of a lifestyle intervention in preschool children on physiological parameters (Ballabeina): Study design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 9(1): 94-105.
- OCSE (2010). *Obesity and the economics of prevention: Fit not fat*. (URL: http://www.oecd.org/document/31/0,3343,en_2649_33929_45999775_1_1_1_37407,00.html). Consultato in data 09/11/2010.
- O'Dea, J.A. & Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: Possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research*, 21(6): 796-805.
- O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion: Part III: Expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, 3(3): 5.
- Onorati, M.G. (2006). *Infanzie im-mediate. Bambini, media pubblicità*. Roma: Armando Editore.
- Packard, V. (1957). *The hidden persuaders*. New York: David McKay Co. (Tr. it., *I persuasori occulti*. Milano: Il Saggiatore, 1978).
- Panunzio, M.F., Antoniciello, A., Pisano, A. & Dalton, S. (2007). Nutrition education intervention by teachers may promote fruit and vegetable consumption in Italian children. *Nutrition Research*, 27(9): 524-528.
- Paparella, N. (2006). Media education: un portfolio di nuove competenze. Verso nuovi modelli pedagogici. In T. Grange Sergi & M.G. Onorati (Eds.), *La sfida della comunicazione all'educazione*, pp. 34-48. Milano: FrancoAngeli.
- Parlamento Europeo (2007). *Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche*. (URL: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0019+0+DOC+XML+V0//IT>). Consultato in data 09/11/2010.
- Parlamento Europeo & Consiglio Europeo (2010). *Direttiva 2010/13 UE relativa al coordinamento di determinate disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri concernenti la fornitura di servizi di media audiovisivi (direttiva sui servizi di media audiovisivi)*. (URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:095:0001:0024:IT:PDF>). Consultato in data 05/09/2012.
- Parola, A. (Ed.) (2008). *Territori mediaeducativi. Scenari, sperimentazioni e progetti nella scuola e nell'extrascuola*. Trento: Erickson.
- Pavesi, N. (2001). *Media education. Una prospettiva sociologica*. Milano: FrancoAngeli.
- Pellai, A. (1999). *Teen television. Gli adolescenti davanti e dentro la tv*. Milano: FrancoAngeli.
- Pellai A (2004) Media education: an urgent tool for health education addressing teenagers. *The newsletter NO 2 from the International Clearinghouse on Children, Youth and Media*. (URL: <http://www.nordicom.gu.se/cl/publ/letter.php?id=4>). Consultato in data 10/10/2010.

- Pellai, A. (2010). *Linking media education with health education*. Key note speech at World Summit on Media for Children and Youth, June 14-18 2010, Karlstad Sweden (URL: http://www.wskarlstad2010.se/filer/presentationer/alberto_pellai.pdf). Consultato in data 10/10/2010.
- Pellai, A. & Marzorati, P. (2001). *Educazione alla salute: standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*. Milano: FrancoAngeli.
- Pellai, A. & Tamburini, B. (2003). *L'adolescenza. Le sfide del diventare grande*. Milano: Mc Graw Hill.
- Pérez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2001). School-based nutrition education: Lesson learned and new perspectives. *Public Health Nutrition*, 4(1): 131-139.
- Pérez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2003). Nutrition education in schools: Experiences and challenges. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(1): 82-85.
- Pérez Tornero, J.M. (2008). *Teacher training curricula for media and information literacy. Background strategy paper*. International Expert Group Meeting, Paris, June 2008. (URL:http://portal.unesco.org/ci/en/ev.php-URL_ID=20891&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html). Consultato in data 20/10/2012.
- Perry, C.L., Bishop, D.B., Taylor, G., Murray, D.M., Warren Mays, R., Dudovitz, B.S., Smyth, M. & Story, M. (1997). Changing fruit and vegetable consumption among children: the 5-a-day Power Plus program in St. Paul, Minnesota. *American Journal of Public Health*, 88(4): 603-609.
- Personeni, F. (2011). *Tv, cartoon e bambini. Criteri produttivi e valutativi di qualità*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Petrillo, G (2006). L'approccio biopsicosociale: definizioni e caratteristiche. In A. Mauri & C. Tinti (Eds.), *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*, pp. 3-15. Torino: Utet.
- Petrillo, G. & Caso, D. (2008). *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Pettigrew, S., Roberts, M., Chapman, K., Quester, P. & Miller, C. (2012). The use of negative themes in television food advertising. *Appetite*, 58(1): 496-503.
- Piccardo, C. (1995). *Empowerment*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pieniak, Z., Verbeke, W., Scholderer, J., Brunsø, K. & Olsen, S.O. (2008). Impact of consumers' health beliefs, health involvement and risk perception on fish consumption. A study in five European countries. *British Food Journal*, 110 (9): 898-915.
- Pieter, A., Fröhlich, M., Emrich E. & Stark, R. (2010). Situated health promotion: Reflections on implementing situated learning approaches in health promoting. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1(2): 93-99.
- Pietrantonio, L. (2001). *La psicologia della salute*. Roma: Carocci.
- Pinkleton, B.E., Austin, E.W., Chen, Y. & Cohen, M. (2012). The role of media literacy in shaping adolescents' understanding of and responses to sexual portrayals in mass media. *Journal of Health Communication*, 17(4): 460-476.

- Pinkleton, B.E., Austin, E.W., Cohen, M., Chen, Y. & Fitzgerald, E. (2008). Effects of a peer-led media literacy curriculum on adolescents' knowledge and attitudes toward sexual behavior and media portrayals of sex. *Health Communication*, 23(5): 462-472.
- Pinkleton, B.E., Austin, E.W., Cohen, M., Miller, A. & Fitzgerald, E. (2007). A Statewide evaluation of the effectiveness of media literacy training to prevent tobacco use among adolescents. *Health Communication*, 21 (1): 23-34.
- Pira, F. & Marrali, V. (2007). *Infanzia, media e nuove tecnologie. Strumenti, paure e certezze*. Milano: FrancoAngeli.
- Pontiggia G. (2012). Il miracolo della dieta italiana. In G. Pontiggia, *Le sabbie immobili*. Milano: Edizioni Il Sole 24 Ore.
- Popper, K.R. & Condry, J. (1996). *Cattiva maestra televisione*. Milano: Reset.
- Powell, L.M., Szczypka, G., Chaloupka, F.J. & Braunschweig, C.L. (2007). Nutritional content of television food advertisements seen by children and adolescents in the United States. *Pediatrics*, 120(3): 576-583.
- Pozzi, U. (2005). Per una nuova idea di media-attività: il Medialab del centro audiovisivi e mediateca. In P.C. Rivoltella (Ed.), *Educare per i media. Strumenti e metodi per la formazione del media educator*, pp. 145-156. Milano: ISU Università Cattolica.
- Prentice Dunn, S. & Rogers, R.W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the Health Belief Model. *Health Education Research: Theory and Practice*, 1(3): 153-161.
- Prensky. M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon* 9(5): 1-6.
- Primack, B.A., Fine, D., Yang, C.K., Wickett, D. & Zickmund, S. (2009). Adolescents' impressions of antismoking media literacy education: Qualitative results from a randomized controlled trial. *Health Education Research*, 24(4): 608-621.
- Primack, B.A., Gold, M.A., Land, S.R. & Fine, M.J. (2006). Association of cigarette smoking and media literacy about smoking among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39(4): 465-472.
- Primack, B.A. & Hobbs, R. (2009). Association of various components of media literacy and adolescent smoking. *American Journal of Health Behavior*, 33(2): 192-201.
- Primack, B.A., Longacre, M.R., Beach, M.L., Adachi-Mejia, A.M., Titus, L.J. & Dalton, M.A. (2012). Association of established smoking among adolescents with timing of exposure to smoking depicted in movies. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(7): 549-555.
- Primack, B.A., Sidani, J., Carroll, M.V. & Fine, M.J. (2009). Association between smoking and media literacy in college students. *Journal of Health Communications*, 14(6): 641-665.
- Prochaska, J.O & Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395.
- Prochaska, J.O, Redding, C.A & Evers, K.E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B.K., Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior*

- and health education. *Theory, research, and practice*, pp. 97-121. San Francisco: Jossey-Bass.
- Puggelli, F.R. (2002). *Spot generation. I bambini e la pubblicità*. Milano: FrancoAngeli.
- Rasmussen, M. Krølner, R., Klepp, K. I., Lytle, L., Brug, J., Bere, E. & Due, P. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of literature. Part I: quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(22): 1-19.
- Reynolds, K.D., Hinton, A. W., Shewchuk, R.M. & Hickey, C.A. (1999). Social cognitive model of fruit and vegetable consumption in elementary school children. *Journal of Nutrition Education*, 31(1): 23-30.
- Reynolds, K.D., Franklin, F.A., Binkley, D., Raczynski, J.M., Harrington, K.F., Kirk, K.A., & Person, S. (2000). Increasing fruit and vegetable consumption of fourth-graders: results from the High 5 project. *Preventive Medicine*, 30(1): 309-319.
- Rich, M. & Bar-on, M. (2001). Child health in the information age: media education of pediatricians. *Pediatrics*, 107(1): 156-162.
- Rich, M. (2004). Health literacy via media literacy. Video intervention/prevention assessment. *American Behavioral Scientist*, 48(2): 165-188.
- Rivoltella, P.C. (1997). Mass Media, Educazione, Formazione. In P.C. Rivoltella (Ed.), *A scuola di media. Educazione, media e democrazia nell'Europa degli anni '90*, pp. 5-29. Brescia: Editrice La Scuola.
- Rivoltella, P.C. (2001a). *Media education. Modelli, esperienze, profilo disciplinare*. Roma: Carocci.
- Rivoltella, P.C. (2001b). *Teoria della comunicazione*. Brescia: La Scuola.
- Rivoltella (Ed.) (2005). *Educare per i media. Strumenti e metodi per la formazione del media educator*. Milano: ISU Università Cattolica.
- Rivoltella, P.C. (2006). *Screen generation. Gli adolescenti e le prospettive dell'educazione nell'età dei media digitali*. Milano: Vita e Pensiero.
- Rivoltella, P.C. & Marazzi, C. (2001). *Le professioni della media education*. Roma: Carocci.
- Robinson, T.N., Borzekowski, D.L.G., Matheson, D.M & Kraemer, H.C. (2007). Effects of Fast food branding on young children's taste preferences. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(8): 792-797.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91(1): 93-114.
- Roggero, A., Molinengo, G., Rabaglietti, E. & Ciairano, S. (2006). Un esempio di ricerca in adolescenza: il ruolo delle emozioni e delle conoscenze nei comportamenti a rischio degli adolescenti. In A. Mauri & C. Tinti (Eds.), *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*, pp. 155-175. Torino: Utet.
- Rondolino, G. & Tomasi, D. (1995). *Manuale del film. Linguaggio, racconto, analisi*. Torino: Utet.
- Rosa, A & Tosco, D. (2008). La media education nell'extrascuola: un sistema di spazi comunicanti. In A. Parola (Ed.), *Territori mediaeducativi. Scenari, sperimentazioni e progetti nella scuola e nell'extrascuola*, pp. 203-229. Trento: Erickson.

- Rosen, L., Brody, D., Zucker, D., Manor, O., Meier, M., Rosen, B., Lev, E. & Engelhard, D. (2010). Spreading the handwashing message: An alternative to traditional media campaigns. *American Journal of Infection Control*, 38(7): 562-564.
- Rosenbaum, J. E., Beentjes, J. W. J. & Konig, R. P. (2008). Mapping media literacy: Key concepts and future directions. In C. S. Beck (Ed.), *Communication Yearbook* 32, pp. 312-353. New York: Routledge.
- Rosenkranz, R.R. & Dziewaltowski, D.A. (2008). Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. *Nutrition Reviews*, 66(3): 123-140.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2): 175-183.
- Sallis, J.F., Grossman, R.M., Pinski, R.B., Patterson, T.L. & Nader, P.R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive Medicine*, 16(6): 825-836.
- Sallis, J.F., Grossman, R.G., Pinski, R.B., Patterson, T. & Nader, P.R. (1988). The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors. *Health Education Research*, 3(3): 283-292.
- Salvadori, C. (1995). Dalla difesa all'attacco: la media education nella società della comunicazione. *Problemi dell'informazione*, 20(1): 63-91.
- Salvadori, C. (2005). *Bambini e televisione. Orientamenti per la ricerca e strategie educative*. Napoli: Liguori Editore.
- Sambri, C. & Pegan, G. (2003). *Strategie di comunicazione di marketing*. Trieste: Edizioni Goliardiche.
- Sandvik, C., De Bourdeaudhuij, I., Due, P., Brug, J., Wind, M., Bere' E., Pérez-Rodrigo, C., Wolf, A., Elmadfa' I., Thórsdóttir, I., Vaz de Almeida, M.D., Yngve, A. & Klepp K.I. (2005). Personal, Social and Environmental Factors regarding Fruit and Vegetable Intake among Schoolchildren in Nine European Countries. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 49(4): 255-266.
- Sartori, G. (1997). *Homo Videns*. Bari: Laterza.
- Sartori, R. (2007). Response bias e response style negli strumenti. *DiPav Quaderni*, 20: 57-64.
- Scharrer, E. (2002). Making a case for media literacy in the curriculum: Outcomes and assessments. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 46 (4): 354-358.
- Scharrer, E. (2009). Measuring the effects of a media literacy program on conflict and violence. *Journal of Media Literacy Education*, 1(1): 12-27.
- Schor, J.B. (2004). *Born to Buy. The Commercialized Child and the New Consumer Culture*. New York: Scribner. (Tr. it., *Nati per comprare: salviamo i nostri figli, ostaggi della pubblicità*. Milano: Apogeo, 2005).
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4(2): 115-127.
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2007). L'autoefficacia, i comportamenti a rischio e la salute degli adolescenti. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *L'autoefficacia degli adolescenti. Dalla scuola ai comportamenti a rischio*, pp. 161-183. Trento: Erickson.
- Sefton-Green, J. (2004). *Literature review in informal learning with technology outside school*. Futurelab, Report n° 7.

- (URL:http://www.futurelab.org.uk/resources/documents/lit_reviews/Informal_Learning_Review.pdf). Consultato in data 13/08/2010.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Semeraro, R. (1999a). Adolescenza, salute, educazione: significati e contesti. In S. Marhaba (Ed.), *Salute, ben-essere e soggettività. Nuovi orizzonti di significato*, pp. 155-175. Milano: McGraw-Hill.
- Semeraro, R. (1999b). *La progettazione didattica: teorie, metodi, contesti*. Firenze: Giunti.
- Servillano, M.L. & Sotomayor, A. (2012). Food advertising and consumption by students in Huànuco (Perù). *Comunicar*, 39(20): 177-183.
- Shadel, W.G., Martino, S.C., Setodji, C., Haviland, A., Primack B.A. & Scharf, D. (2012). Motives for smoking in movies affect future smoking risk in middle school students: An experimental investigation. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1): 66-71.
- Shannon, C.E. & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. Springfield: The University of Illinois Press.
- Sharma, M. (2006). School-based interventions for childhood and adolescent obesity. *Obesity Reviews*, 7(3): 261-269.
- SHE (2002). *Terms of reference SHE network*. (URL: http://www.schoolsforhealth.eu/upload/Terms_of_reference_SHE_network.pdf). Consultato in data 06/07/2012.
- Signorelli, N. (1993). *Mass media images and impact on health: A sourcebook*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Singhal, N., Misra, A., Shah, P. & Gulati, S. (2010). Effects of controlled school-based multi-component model of nutrition and lifestyle interventions on behavior modification, anthropometry and metabolic risk profile of urban Asian Indian adolescents in North India. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(1): 364-373.
- Snyder, L. B. (2007). Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2): 32-40.
- Sorzi, E. (2005). Oltre l'immagine. Percorsi di educazione alla fotografia con persone disabili. In P.C. Rivoltella (Ed.), *Educare per i media. Strumenti e metodi per la formazione del media educator*, pp. 227-240. Milano: ISU Università Cattolica.
- Sorzio, P. (2005). *La ricerca qualitativa in educazione: problemi e metodi*. Roma: Carocci.
- Spinelli, A., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. & Galeone, D. (2012). Sistema di sorveglianza "Okkio alla salute": risultati 2010. *Rapporti Istisan*, 12(14): 1-156.
- Spruij-Metz, D. (2006). Modelli di promozione alla salute in adolescenza. In A. Mauri & C. Tinti (Eds.), *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*, pp. 136-154. Torino: Utet.
- Spurrier, N.J., Magarey, A.A., Golley, R., Curnow, F. & Sawyer, M.G. (2008). Relationships between the home environment and physical activity and dietary

- patterns of preschool children: A cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(31): 1-12
- Squillaci, A.T. (2004). *Bambini e televisione*. Soveria Mannelli: Cittàcalabriaedizioni.
- Stefanini, M. & Pellai, A. (2001). La valenza interdisciplinare dell'educazione alla salute: affinità di contenuti e di obiettivi con le materie curriculari. In A. Pellai & P. Marzorati (Eds.), *Educazione alla Salute: standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, pp. 61-71. Milano: FrancoAngeli.
- Stewart Burgher, M., Barnekow Rasmussen, V. & Rivett D. (1999). *The European network of health promoting school. The alliance of education and health*. (URL: <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/TheENHPStheallianceofeducationandhealth.pdf>). Consultato in data 07/08/2012.
- Stokes, J.P. & Wilson, D.G. (1984). The inventory of socially supportive behaviors: Dimensionality, prediction, and gender differences. *American Journal of Community Psychology*, 12(1):53-59.
- Storey, J.D., Saffitz, G.B. & Rimon, J.G. (2008). Social Marketing. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*, pp. 435-464. San Francisco: Jossey-Bass.
- Story, M. & French, S. (2004). Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1(3): 1-17.
- Strappa, V. (2007). Personalità e salute. In P. Braibanti (Ed.), *Psicologia della salute. Fondamenti psicologici e riflessione critica per un discorso sulla promozione della salute*, pp. 93-114. Bergamo: CELSB.
- Strasburger, V.C. (2001). Children and TV advertising: Nowhere to run, nowhere to hide. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 22(3): 185-187.
- Strasburger, V.C. (2008). Anything goes! Teenage sex and the media. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2): 109-111.
- Strasburger, V.C. (2012). Pediatricians, schools, and media. *Pediatrics*, 129(6): 1161-1163.
- Strasburger, V.C., Jordan, A.B. & Donnerstein, E. (2010). Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics*, 125(4): 756-767.
- Strasburger, V.C., Jordan, A.B. & Donnerstein, E. (2012). Children, Adolescents, and the media: health effects. *The Pediatric Clinics of North America*, 59(3): 533-588.
- Shuterland, L.S., MacKenzie, T., Purvis L.A. & Dalton, M. (2010). Prevalence of food and beverage brands in movies, 1996-2005. *Pediatrics*, 125(3): 468-474.
- Tanner, A., Duhe, S., Evans, A. & Condrasky, M. (2008). Using student-produced media to promote healthy eating. A pilot study on the effects of a media and nutrition intervention. *Science Communication*, 30 (1): 108-125.
- Testa, A. (2003). *La pubblicità*. Bologna: Il Mulino.
- Teufel, N.I., Perry, C.L., Story, M., Flint-Wagner, H.G., Levin, S., Clay., T.E., Davis, S.M., Gittelsohn, J., Altaha, J. & Pablo, J.L. (1999). Pathways family intervention for third-grade American Indian children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 69: 803-809.

- Thoman, E. & Jolls, T. (2005). *Media kit - literacy for the 21st century: An overview and orientation guide to media literacy education*. Los Angeles: Center for media literacy. (URL: http://www.medialit.org/sites/default/files/01_MLKOrientation.pdf). Consultato in data 22/10/2011.
- Thomson, J.L., McCabe-Sellers, B.J., Strickland, E., Lovera, D., Nuss, H.J., Yadrick, K., Duke, S. & Bogle, M.L. (2010). Development and evaluation of WillTry. An instrument for measuring children's willingness to try fruits and vegetables. *Appetite*, 54(3): 465-472.
- Tildesley, E. A. & Andrews, J. A. (2008). The development of children's intentions to use alcohol: direct and indirect effects of parent alcohol use and parenting behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3): 326-339.
- Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health promotion: Effectiveness, efficiency and equity*. London: Nelson Thornes. (URL: http://books.google.it/books?id=KQPPcCojxG0C&printsec=frontcover&hl=it&source=gbgbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Consultato in data 22/12/2011.
- Trincherò, R. (2002). *Manuale di ricerca educativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Turchi, G.P. & Della Torre, C. (2007) (Ed). *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Roma: Armando Editore.
- Turconi, G., Guarcello, M., Maccarini, L., Cignoli, F., Setti, S., Bazzano, R. & Roggi, C. (2008). Eating habits and behaviors, physical activity, nutritional and food safety knowledge and beliefs in an adolescent Italian population. *Journal of the American College of Nutrition*, 27(1): 31-43.
- Unesco (1982). *Grunwald Declaration on Media Education*. (URL: http://www.unesco.org/education/pdf/MEDIA_E.PDF). Consultato in data 30/08/2012.
- Unesco (2002). *Recommendation addressed to the United Nations educational scientific and cultural organization. Youth media education*. Seville, 15-16 February 2002. (URL: <http://portal.unesco.org/ci/en/ev>). Consultato in data 06/09/2012.
- Unione Europea (2007). *7° programma quadro di ricerca dell'UE (2007-2013)*. (URL: http://europa.eu/legislation_summaries/energy/european_energy_policy/i23022_it.htm). Consultato in data 30/08/2012.
- Valmachino, C. (2001). Il media educator nella scuola italiana. In C. Ottaviano (Ed.), *Mediare i media. Ruolo e competenze del media educator*, pp. 53-75. Milano: FrancoAngeli.
- Van Cauwenberghe, E., Maes, L., Spittaels, H., Van Lenthe, F.J., Brug, J., Opperter J.M. & De Bourdeaudhuij, I. (2010). Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: Systematic review of published and "grey" literature. *British Journal of Nutrition*, 103 (6): 781-797.
- Varani, A. (2008). Il docente sociocostruttivista. In A. Ardizzone & P.C. Rivoltella (Eds). *Media e tecnologia per la didattica*, pp. 122-126. Milano: Vita e Pensiero.
- Varisco, B.M. (2004). *Portfolio. Valutare gli apprendimenti e le competenze*. Roma: Carocci.

- Vaughn, S., Schumm J.S., Sinagub J.M. (1996). *Focus group interview in education and psychology*. Thousand Oaks: Sage (Tr.it. a cura di P. Limone, *Il focus group in pedagogia e in psicologia*. Padova: Cleup, 2003).
- Vecchia, M. (2003). *Hapù. Manuale di tecnica della comunicazione pubblicitaria*. Milano: Lupetti.
- Viganò, R. (1999). *Metodi quantitativi nella ricerca educativa*. Milano: Vita e Pensiero.
- Viswanath, K. (2008). Perspectives on models of interpersonal health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*, pp. 271-281. San Francisco: Jossey-Bass.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York: Braziller. (Tr. it., *Teoria generale dei sistemi*. Milano: ISEDI, 1971).
- Vygotskij, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press. (Tr. it., *Il processo cognitivo*. Boringhieri: Torino, 1980).
- Wade, T.D., Davidson, S. & O'Dea, J.A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4): 371-383.
- Wakefield, M.A., Loken, B. & Hornik, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* 376(9748): 1261-1271.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3): pp. 197-205.
- Wang, C. & Burris, M.A. (1994). Empowerment through photo novella: Portraits of participation. *Health Education and Behavior*, 21 (2): 171-186.
- Wardle, J., Herrera, M.L., Cooke, L. & Gibson, E.L. (2003). Modifying children's food preferences: The effects of exposure and reward on acceptance of unfamiliar vegetable. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(1): 341-348.
- Watson, R. & Vaughn, L.M. (2006). Limiting the effects of the media on body image: Does the length of a media literacy intervention make a difference?. *Eating Disorders*, 14(5): 385-400.
- Wechsler, H., Devereaux, R.S., Davis, M. & Collins, J. (2000). Using the school environment to promote physical activity and healthy eating. *Preventive Medicine*, 31(2): 121-137.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4): 355-386.
- Weinstein, N.D. & Sandman, P.M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11(3): 170-180.
- Weinstein, N.D., Sandman, P.M., Blalock, S.J. (2008). The precaution adoption process model. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*, pp. 123-147. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wenger, E. (1998). *Community of practice*. Cambridge: Cambridge University Press. (Tr. it., *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006).

- Wilson, D.K., Teasley, N., Friend, R., Green, S. & Sica, D.A. (2002). Motivational versus social cognitive interventions for promoting healthy diet and physical activity habits in African-American adolescents. *Annals of Behavior and Medicine* 24(4): 310-319.
- Winkler, T., Schoening, M. & Herczeg, M. (2007). Sustainable teaching through the use of Media Art Tecnology – Creating Biological Knowledge by designing a multimodal interactive tangible media installation. In R. Carlsen, K. McFerrin, J. Price, R. Weber & D.A. Willis (Eds.), *Proceedings of the SITE 2007*, pp. 2155-2162. Chesapeake: AACE.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. International Health Conference, New York, 22 July 1946. (URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>). Consultato in data 02/07/2012.
- WHO (1978). *Declaration of Alma Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 (URL: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). Consultato in data 06/07/2012.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 (URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf). Consultato in data 15/03/2010.
- WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healty Public Policy*. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide 5-9 April 1988 (URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en>). Consultato in data 20/07/2012.
- WHO (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall 9-15 June 1991 (URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index.html>). Consultato in data 20/07/2012.
- WHO (1993). *Life skills education in schools*. Geneva: World Health Organization. (URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/MNH_PSF_93.7A.pdf). Consultato in data 07/08/2012.
- WHO (1997a). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century - Jakarta 21-25 July 1997 (URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html>). Consultato in data 16/07/2012.
- WHO (1997b). The world health report 1997 - conquering suffering, enriching humanity. (URL: <http://www.who.int/whr/1997/en/index.html>). Consultato in data 05/08/2012.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. (URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf). Consultato in data 25/07/2012.

- WHO (1998). *Health 21. Health for all in the 21st century*. (URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf). Consultato in data 20/07/2012.
- WHO (2000). *The Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: Bridging the Equity Gap - Mexico City 5-9 June 2000* (URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf) . Consultato in data 16/07/2012.
- WHO (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO. (Tr. it: *Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson, 2002).
- WHO (2002). *School Health and Youth Health Promotion*. (URL: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html). Consultato il data 08/08/2012.
- WHO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: WHO Technical Report Series 916. (URL: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf). Consultato in data 10/11/2012.
- WHO (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. The 6th Global Conference on Health Promotion - Bangkok 11 August 2005. (URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html). Consultato in data 17/07/2012.
- WHO (2007). *ICF-CY: International Classification of Functioning, Disability and Health - Version for Children and Youth*. Geneva: WHO. (Tr. it. *ICF-CY – Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson, 2007).
- WHO (2009). *Nairobi Call to Action*. The 7th Global Conference on Health Promotion - Nairobi 26-30 October 2009 (URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>). Consultato in data 20/07/2012.
- WHO (2010). *25-70% of adults in Europe are overweight*. (URL: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2010/12/2570-of-adults-in-europe-are-overweight>). Consultato in data 09/08/2012.
- WHO (2010). *European Childhood Obesity Surveillance Initiative*. (URL: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/policy/member-states-action-networks/childhood-obesity-surveillance/european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>). Consultato in data 07/08/2012.
- WHO (2012a). *Noncommunicable diseases. Obesity*. (URL: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>). Consultato in data 07/08/2012.
- WHO (2012b). *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Copenhagen: WHO (URL:

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf.
Consultato in data 12/07/2012.
- WHO & FAO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: WHO Publication. (URL: <http://www.fao.org/docrep/005/AC911E/AC911E00.HTM>). Consultato in data 23/09/2012.
- Wechsler, H., Devereaux, R.S., Davis, M. & Collins, J. (2000). Using the school environment to promote physical activity and healthy eating. *Preventive Medicine*, 31(1): 121-137.
- Wellings, K. & Macdowall, W. (2000). Evaluating mass media approaches to health promotion: a review of methods. *Health Education*, 100(1): 23-32.
- Wilksch, S.M., Tiggemann, M. & Wade, T.D. (2006). Impact of interactive school based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5): 385-393.
- Witchell, E.C. & Sheeshka, J. (2011). Socio-environmental factors influencing food behavior. *Comprehensive Biotechnology*, 2(4): 775-780.
- Wolf, M. (1996). *Teorie delle comunicazioni di massa*. Milano: Bompiani.
- Yates, B.L. (1999). Media literacy: A health education perspective. *Journal of Health Education*, 30(3): 180-187.
- Yates, B.L. (2004). Applying diffusion theory: Adoption of media literacy programs in schools. *Studies in Media & Information Literacy Education*, 4(2): 1-12.
- Yngve, A., Wolf, A., Poortvliet, E., Elmadfa, I., Brug, J., Ehrenblad, B., Franchini, B., Haraldsdottir, J., Krolner, R., Maes, L., Perez-Rodrigo, C., Sjoström, M., Thorsdottir, I., Klepp, K.I. (2005). Fruit and vegetable intake in a sample of 11-year-old children in 9 European countries: The pro children cross-sectional survey. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 49(4): 236-45.
- Young, B. (2003). Does food advertising make children obese? *Young Consumers*, 4(3): 19-26.
- Young, E.M., Fors, F.W. & Hayes, D.M. (2004). Associations between perceived parent behaviors and middle school student fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(1): 2-12.
- Zambelli, F. (1974). *Introduzione alla sperimentazione pedagogica*. Dispensa di "Istituzioni di pedagogia", Corso di laurea in Psicologia, Università degli Studi di Padova.
- Zammuner, V.L. (2003). *I focus group*. Bologna: Il Mulino.
- Zani B. & Cicognani E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.
- Zimmermann, F.J. & Bell, J.F. (2010). Associations of television content type and obesity in children. *American Journal of Public Health*, 100(2): 334-340.
- Zimmerman, M.A. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 5(16): 725-750.
- Zucconi, A. & Howell, P. (2003). *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società*. Molfetta: La Meridiana.

Allegati



Università degli Studi di Padova
SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE PEDAGOGICHE,
DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
Piazza Capitaniato, 3 - 35139 PADOVA

Gentile Genitore,

Invitiamo Lei e suo/a figlio/a a partecipare al progetto di ricerca **Promuovere la salute attraverso l'educazione mediale: una ricerca quasi sperimentale con bambini di 10 anni e i loro genitori** – promosso dalla Scuola di Dottorato in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione dell'Università degli Studi di Padova, con la collaborazione della Ulss 9 – Treviso. Tale ricerca costituisce la tesi di Dottorato della Dott.ssa Elena Grassi, con la Supervisione della Prof.ssa Laura Messina, docente della sopra citata Scuola di Dottorato e la co-supervisione della Prof.ssa Alexandra E. Evans della School of Public Health – Texas University (USA).

Lo scopo dello studio è la valutazione dell'efficacia di un laboratorio di educazione ai media per la promozione della sana alimentazione, e nello specifico per la promozione del consumo di frutta e verdura.

La classe frequentata da suo/sua figlio/a è stata selezionata, in accordo con la Dirigenza Scolastica, per la partecipazione su base volontaria a tale ricerca, che ha puramente finalità scientifiche, essendo volta a migliorare le modalità educative per favorire stili di vita salutari.

Gli interessati alla ricerca sono gli/le alunni/e della classe e uno dei rispettivi genitori, preferibilmente chi si occupa maggiormente dell'alimentazione del figlio/a.

Se parteciperà alla ricerca sarà invitato/a con suo/a figlio/a a tre incontri presso il *Parco degli Alberi Parlanti* nei mesi di settembre, dicembre e marzo, dove sarà organizzata una breve conferenza sulla sana alimentazione per gli adulti, e una serie di attività ludico-educative esclusive, organizzate dalle animatrici del Gruppo Alcuni al museo multimediale per i bambini (i dettagli saranno illustrati nell'invito che riceverà).

Successivamente al primo incontro inizierà un laboratorio (da ottobre a dicembre) rivolto agli alunni della classe di suo/a figlio/a che si svolgerà durante l'orario scolastico e che verterà su conoscenze relative alla sana alimentazione e al linguaggio pubblicitario e sullo sviluppo di una campagna di comunicazione che i bambini realizzeranno in prima persona e che sarà rivolta ai genitori e agli altri adulti che vivono in casa. Ogni settimana infatti il genitore partecipante riceverà un prodotto mediale (newsletters, manifesto e spot tv) che dovrà leggere/visionare assieme a suo/a figlio/a.

Il laboratorio sarà condotto in classe e in aula informatica dalla dottoranda dell'Università di Padova, Dott.ssa Elena Grassi, e dall'esperta di nutrizione della Ulss 9 di Treviso, Dott.ssa Simona Dalla Pria.

Ai fini della ricerca sarà somministrato un questionario:

- ai genitori: su alimentazione del figlio/a partecipante, e sui propri atteggiamenti verso la sana alimentazione (la somministrazione avverrà durante l'incontro al *Parco degli Alberi Parlanti*).
- ai figli: sui propri atteggiamenti verso la sana alimentazione (la somministrazione avverrà in classe alla presenza dell'insegnante).

Inoltre la Dott.ssa Elena Grassi misurerà il peso e l'altezza degli alunni. La misurazione verrà effettuata per ciascun alunno/a individualmente, alla sola presenza dell'insegnante, in uno spazio appositamente attrezzato. I bambini rimarranno vestiti: toglieranno solo le scarpe ed eventuali giacche o maglioni.

Infine gli alunni parteciperanno ad un focus group conclusivo nel mese di dicembre con la Dott.ssa Elena Grassi e la Dott.ssa Simona Dalla Pria, che si svolgerà durante l'orario scolastico.

Le attività saranno svolte nel **pieno rispetto delle esigenze del/la bambino/a**, in tranquillità e totale sicurezza. **Tutti i dati saranno raccolti e trattati mantenendo la riservatezza e l'anonimato**. Sarà assegnato un codice identificativo al bambino e al genitore partecipante che servirà ai fini di elaborazione dei dati raccolti. Il codice e i dati raccolti sono a conoscenza esclusiva della conduttrice della ricerca Dott.ssa Elena Grassi e del supervisore Prof.ssa Laura Messina.

L'adesione alla ricerca è su base volontaria e lei potrà ritirare il suo consenso alla partecipazione sua e di suo/a figlio/a al progetto in qualsiasi momento dandone comunicazione scritta, anche via e-mail alla Dott.ssa Elena Grassi, di cui trova i riferimenti alla fine di questa lettera.

I benefici della partecipazione del bambino/a alla ricerca riguardano la possibilità di poter svolgere in classe un laboratorio interattivo riguardo a due tematiche importanti per la sua vita, come la sana alimentazione e la conoscenza critica del linguaggio dei mass media, nonché poter condividere con i compagni delle attività al *Parco degli Alberi Parlanti*, appositamente organizzate per loro. La partecipazione a **tutte le attività della ricerca è assolutamente gratuita**.

La partecipazione sua e di suo/a figlio/a al progetto è di grandissima importanza ai fini della ricerca poiché potrà permettere ai ricercatori di meglio comprendere come bambini e genitori si pongono nei confronti dell'alimentazione e di elaborare nuove metodologie educative per migliorare la qualità della vita.

Per partecipare al progetto **Promuovere la salute attraverso l'educazione mediale: una ricerca quasi sperimentale con bambini di 10 anni e i loro genitori** è necessario compilare e firmare per accettazione il modulo di cui si allega copia.

Si prega di riconsegnare all'insegnante il modulo "Allegato – Consenso informato Genitori GS2" relativo all'INFORMATIVA PER IL CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE E IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI entro 2-3 giorni dal ricevimento di questa lettera.

LA RINGRAZIAMO PER LA COLLABORAZIONE

La responsabile della ricerca

I REFERENTI DEL PROGETTO

Per l'Università di Padova: Dott.ssa Elena Grassi
Tel. 340 2422371; e-mail grassielena@libero.it
Per l'Ulss 9 - Treviso: Dott.ssa Simona Dalla Pria
Tel. 0422 323803; e-mail sdallapria@ulss.tv.it

Allegato 2. Questionario bambini



Università degli Studi di Padova
SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE PEDAGOGICHE,
DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
Piazza Capitaniato, 3 - 35139 PADOVA

Cara ragazza/ caro ragazzo,

ti chiedo di compilare con attenzione e pazienza il questionario che ti consegnerò. Il tuo aiuto prezioso mi serve per svolgere la mia ricerca di dottorato all'Università di Padova, che riguarda la promozione della salute.

Il questionario è composto da 4 parti:

Una su “quello che di solito mangi”

Una sul “concetto di sé e motivazione nei confronti della sana alimentazione”

Una sul “supporto dei genitori”

Una sulla “fiducia nelle abitudini alimentari”

Ti chiedo di indicare in ciascun questionario in alto a sinistra se sei “maschio” o “femmina”.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate e nessuno le giudicherà, perché i questionari sono anonimi e soltanto le persone del gruppo di ricerca potranno leggere le tue risposte.

Quindi è importante rispondere a tutte le domande con **sincerità** ed esprimere le **proprie personali opinioni**.

Ti ringrazio per la collaborazione anche a nome del mio docente supervisore dell'Università di Padova, prof.ssa Laura Messina.

Elena Grassi

(Dottoranda in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione – Università di Padova)

ALCUNE DOMANDE SU CIO' CHE DI SOLITO MANGI

Ti chiediamo per favore di segnare solo una delle possibilità di risposta per ciascuna domanda

1. Di solito, quanto spesso mangi frutta fresca?

- Mai
- Meno di un giorno alla settimana
- Un giorno alla settimana
- 2-4 giorni alla settimana
- 5-6 giorni alla settimana
- Tutti i giorni, una volta al giorno
- Tutti i giorni, due volte al giorno
- Tutti i giorni più di due volte al giorno

2. Di solito, quanto spesso mangi insalata?

- Mai
- Meno di un giorno alla settimana
- Un giorno alla settimana
- 2-4 giorni alla settimana
- 5-6 giorni alla settimana
- Tutti i giorni, una volta al giorno
- Tutti i giorni, due volte al giorno
- Tutti i giorni più di due volte al giorno

3. Di solito, quanto spesso mangi altre verdure fresche crude?

- Mai
- Meno di un giorno alla settimana
- Un giorno alla settimana
- 2-4 giorni alla settimana
- 5-6 giorni alla settimana
- Tutti i giorni, una volta al giorno
- Tutti i giorni, due volte al giorno
- Tutti i giorni più di due volte al giorno

4. Di solito, quanto spesso mangi patate?

- Mai
- Meno di un giorno alla settimana
- Un giorno alla settimana
- 2-4 giorni alla settimana
- 5-6 giorni alla settimana

- Tutti i giorni, una volta al giorno
- Tutti i giorni, due volte al giorno
- Tutti i giorni più di due volte al giorno

5. Di solito, quanto spesso mangi verdure cotte?

- Mai
- Meno di un giorno alla settimana
- Un giorno alla settimana
- 2-4 giorni alla settimana
- 5-6 giorni alla settimana
- Tutti i giorni, una volta al giorno
- Tutti i giorni, due volte al giorno
- Tutti i giorni più di due volte al giorno

6. Di solito, quanto spesso bevi succo al 100% frutta?

- Mai
- Meno di un giorno alla settimana
- Un giorno alla settimana
- 2-4 giorni alla settimana
- 5-6 giorni alla settimana
- Tutti i giorni, una volta al giorno
- Tutti i giorni, due volte al giorno
- Tutti i giorni più di due volte al giorno

CONCETTO DI SE' E MOTIVAZIONE NEI CONFRONTI DELLA SANA ALIMENTAZIONE

Per favore rispondi alle seguenti domande riguardo alla tua motivazione nei confronti della sana alimentazione. Le tue risposte sono riservate e saranno viste solo dai ricercatori.

Istruzioni: leggi ciascuna frase con attenzione e cerchi il numero da 1 a 6, nella tabella, in base al tuo grado di accordo o disaccordo con ciascuna affermazione. Con cibi salutari intendiamo, ad esempio, frutta, pasta al pomodoro, carne magra; con "cibo spazzatura" intendiamo, ad esempio, patatine fritte, bibite zuccherate, merendine con creme.

| | | Molto d'accordo | D'accordo | Un po' d'accordo | Un po' in disaccordo | In disaccordo | Molto in disaccordo |
|-----|---|------------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. | Mangiare cibi salutari tutti i giorni è molto importante nella mia vita quotidiana. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Sono una persona a cui non piace mangiare "cibo spazzatura". | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Io sono molto orgoglioso di mangiare cibi salutari. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Non mi preoccupa affatto mangiare "cibo spazzatura". | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Mi considero una persona che mangia in modo molto sano. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Mangiare sano non è una delle mie grandi preoccupazioni. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | A dire il vero non mi importa di mangiare sano tutti i giorni. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Io amo mangiare sano tutti i giorni. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Mangiare sano tutti i giorni mi fa sentire bene. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Mangiare sano tutti i giorni mi fa vedere la vita in modo più positivo. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Io sono molto felice di mangiare molti cibi salutari ogni giorno. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Essere sicuro di mangiare sano tutti i giorni è per | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| | me una delle cose più importanti. | | | | | | |
| 13 | A dire il vero non mi importa di mangiare molto “cibo spazzatura”. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | Penso che mangiare più cibi salutari sia una perdita di tempo. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | Io partecipo all’organizzazione dei pasti quotidiani e quindi mangio cibi salutari in abbondanza. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | Non ho assolutamente voglia di aggiungere cibi salutari alla mia alimentazione. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | Mangiare sano è una delle cose più importanti della vita. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18 | Io sono una persona che è molto felice di mangiare sano tutti i giorni. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19 | Mangiare sano non mi interessa. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | Mangiare sano tutti i giorni mi entusiasma. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

SUPPORTO DEI BAMBINI

Per favore leggi le domande con attenzione e cerchi nella tabella il numero che meglio corrisponde alla tua risposta per ciascuna domanda. Le tue risposte sono riservate. I nostri ricercatori saranno le uniche persone che vedranno le tue risposte.

Nota: Alcune domande riguardano specificamente i pasti principali, ma altre riguardano la merenda. I pasti principali sono: colazione, pranzo e cena. La merenda viene consumata tra i pasti principali.

Con “cibo spazzatura” intendiamo, ad esempio, patatine fritte, bibite zuccherate, merendine con creme.

| | Quanto spesso le persone della tua famiglia hanno fatto queste cose per te o con te nello <u>scorso mese</u> ? | Mai | 1 o 2 volte | 1 volta alla settimana | Più volte alla settimana | Quasi ogni giorno |
|-----|--|-----|-------------|------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. | Ti hanno portato a mangiare in un locale dove c'erano frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Hanno organizzato pasti che avevano frutta e verdura che ti piacciono. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Ti hanno detto di provare a mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Ti hanno aiutato a fissare l'obiettivo di mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Ti hanno dato maggiori spiegazioni su come mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Ti hanno suggerito cosa fare per raggiungere l'obiettivo di mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Ti hanno dato soldi per comprare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Ti hanno dato spiegazioni per aiutarti a capire come fare per mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Ti hanno portato al supermercato per comprare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ti hanno comprato frutta e verdura che ti piacciono. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Ti hanno detto qualcosa che ti ha reso più facile mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Ti hanno aiutato a preparare una merenda a base di frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Ti hanno mostrato come preparare merende e pasti a base di frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Ti hanno detto come ti stavi comportando rispetto al mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Ti hanno dato della frutta e della verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Ti hanno detto qualcosa che ti ha aiutato a capire perché facevi bene a provare a mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Ti hanno aiutato a preparare un pasto a base di frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Quanto spesso le persone della tua famiglia hanno fatto queste cose per te o con te nello scorso mese? | Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Molto spesso |
|-----|---|------------|------------------|----------------------|---------------|---------------------|
| 1. | Ti hanno fatto i complimenti per i cibi che di solito mangi (“Continua così”, “Siamo molto contenti di te”). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Ti hanno incoraggiato a mangiare frutta e verdura se hai avuto la tentazione di non mangiarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Hanno parlato con te dei cibi che di solito mangi (ti hanno chiesto se stai mangiando cibi più salutari). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Ti hanno ricordato di mangiare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Ti hanno offerto frutta e verdura quando eravate a casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Hanno mangiato “cibo spazzatura” davanti a te. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Hanno portato a casa “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Ti hanno chiesto le tue idee su come loro (le persone della tua famiglia) potrebbero mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Hanno ordinato che venisse portato a casa “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ti hanno detto che mangiare frutta e verdura è una perdita di tempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Hanno fatto dei commenti se cominciavi a mangiare “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Ti hanno offerto “cibo spazzatura” | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Si sono lamentati che tu spendi troppi soldi in frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Non hanno voluto mangiare gli stessi cibi che mangi tu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Si sono arrabbiati quando li hai incoraggiati a mangiare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Hanno fatto commenti negativi quando hai ricominciato a mangiare “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

FIDUCIA NELLE PROPRIE ABITUDINI ALIMENTARI

Qui sotto c'è una lista di cose che le persone potrebbero fare mentre provano a cambiare le proprie abitudini alimentari. Noi siamo interessati principalmente al consumo di frutta e verdura. Che tu stia cambiando le tue abitudini alimentari oppure no, per favore, valuta quanto sei sicuro di riuscire a fare regolarmente cose come quelle elencate qui di seguito **per almeno sei mesi.**

Con "cibi spazzatura" intendiamo, ad esempio, patatine fritte, bibite zuccherate, merendine con creme.

Ti chiediamo per favore di cerchiare un numero, da 1 a 6, per ciascuna risposta, secondo questa scala:

| Totalmente insicuro di farcela | Abbastanza insicuro di farcela | Un po' insicuro di farcela | Un po' sicuro di farcela | Abbastanza sicuro di farcela | Totalmente sicuro di farcela |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Esempio:

Se penso che sono abbastanza sicuro di poter mangiare più frutta fresca, rispondo così:

Mangiare frutta fresca. 1 2 3 4 5 6

| | Quanto sei sicuro di poter fare queste cose? | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando ti senti giù di morale, annoiato, o teso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando mangi con la tua famiglia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura anche se c'è un distributore automatico di merende vicino. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando sei da solo e non c'è nessuno che ti vede. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando non hai voglia di preparare qualcosa di salutare. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 6. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando qualcuno ti offre “cibo spazzatura” a una festa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando qualcuno mangia “cibo spazzatura” proprio di fronte a te. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando devi mangiare in fretta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando c’è “cibo spazzatura” pronto e disponibile a una festa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. | Continuare a scegliere di mangiare frutta e verdura quando mangi con gli amici. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. | Mangiare frutta e verdura invece di patatine e salatini. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. | Mangiare mele, arance, banane o altra frutta fresca a colazione. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. | Comprare più frutta fresca e verdura al posto di “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. | Mangiare carote crude, cetrioli, pomodorini o altre verdure per merenda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. | Mangiare frutta almeno tre volte al giorno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. | Mangiare insalate e verdura fresca durante i pasti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. | Mangiare più verdura a cena (spinaci, pomodori, zucchine, cavolo, carote, insalata verde, ecc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. | Mangiare più legumi come fagioli e piselli. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. | Mangiare piatti che contengono sughetti di verdure o verdure (es. pasta al pomodoro, riso alle verdure, ecc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. | Aggiungere pomodori, lattuga, cetriolo e altre verdure fresche ai pasti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. | Tenere i “cibi spazzatura” tentatori fuori dalla vista, se sono stati comprati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. | Aiutare i genitori a scrivere una lista della spesa con frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. | Scegliere più frutta e verdura quando mangi fuori casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. | Smettere di mangiare “cibo spazzatura” a scuola. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. | Appendere un menu della settimana in cucina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. | Tenere un diario di ciò che mangi per una settimana se cominci a non seguire il tuo programma alimentare. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. | Farti coraggio se cominci a non seguire più il tuo programma alimentare. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. | Scriverti da solo un programma settimanale con tanta frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. | Ordinare frutta, insalata o patate al forno in un locale pubblico dove si mangia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. | Non comprare “cibo spazzatura” quando mangi fuori casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Allegato 3. Questionario genitori



Università degli Studi di Padova
SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE PEDAGOGICHE,
DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
Piazza Capitaniato, 3 - 35139 PADOVA

Gentile genitore,

le chiedo cortesemente di compilare questo questionario, che fa parte degli strumenti di indagine della ricerca *Promuovere la salute attraverso l'educazione mediale: una ricerca con bambini di 10 anni e i loro genitori*, da me condotta presso la Scuola di Dottorato in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione dell'Università di Padova e alla cui partecipazione lei ha aderito tramite la sottoscrizione del consenso informato recapitatole da suo figlio/a, iscritto/a alla Scuola selezionata per il progetto di ricerca.

Il questionario ha lo scopo di rilevare alcuni aspetti importanti per sviluppare programmi educativi che concorrano a promuovere la salute e in particolare la sana alimentazione.

Il questionario è composto da quattro parti:

- Ceck list per la rilevazione dei consumi alimentari di suo figlio
- Scala sulla sua motivazione verso la sana alimentazione
- Scala sul supporto dato al figlio in relazione al consumo di frutta e verdura
- Scala sulla disponibilità/accessibilità di frutta e verdura a casa

Le chiedo inoltre di compilare una parte relativa ad informazioni di carattere demografico e generale.

Le garantisco che, in base alla normativa vigente sulla tutela del segreto statistico (D.L. 322/89), tutte le informazioni che ci fornirà saranno trattate in forma rigorosamente anonima ed utilizzate esclusivamente per scopi statistici di ricerca. Le chiediamo pertanto di rispondere **a tutte** le domande esprimendo con **sincerità** le sue personali opinioni. (Non ci sono risposte giuste o sbagliate).

La ringrazio per la sua collaborazione anche a nome del mio docente supervisore dell'Università di Padova, Prof.ssa Laura Messina.

Elena Grassi

(Scuola dottorato in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione – Università di Padova)

INFORMAZIONI GENERALI E ANAGRAFICHE SULLA FAMIGLIA

Le chiediamo gentilmente di rispondere alle seguenti domande relative ad informazioni generali e dati anagrafici dei componenti della famiglia del bambino partecipante alla ricerca.

1. Chi sta compilando il questionario?
 Padre Madre Altra persona (specificare)
2. Età del padre (specifichi quanti anni ha):
3. Età della madre (specifichi quanti anni ha):
4. Sesso del figlio partecipante alla ricerca: Maschio Femmina
5. Data di nascita del figlio partecipante alla ricerca:/...../...../
6. Paese di origine del padre:
(specifichi il Paese in cui è nato; ad esempio, Italia, Albania, ecc.)
7. Paese di origine della madre:
(specifichi il Paese in cui è nata)
8. Paese di origine del figlio partecipante alla ricerca:
.....
(specifichi il Paese in cui è nato/a)
9. Numero di adulti che vivono in casa:
10. Numero di bambini che vivono in casa:
11. Titolo di studio della madre (indichi un solo titolo, quello più elevato)
 Nessuno
 Licenza di Scuola Elementare (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Licenza di Scuola Media (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Diploma di Scuola Secondaria Superiore (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Diploma di Laurea (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Qualifica post lauream (specificare quale)
12. Titolo di studio del padre (indichi un solo titolo, quello più elevato):
 Nessuno
 Licenza di Scuola Elementare (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Licenza di Scuola Media (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Diploma di Scuola Secondaria Superiore (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Diploma di Laurea (o equivalente se titolo di studio straniero)
 Qualifica post lauream (specificare quale)
13. Attuale stato civile della madre:
 Sposata
 Nubile (mai sposata)
 Separata o divorziata

Vedova

14. Attuale stato civile del padre:

- Sposato
- Celibe (mai sposato)
- Separato o divorziato
- Vedovo

15. Quale tra quelle elencate qui di seguito meglio descrive l'attuale occupazione della madre?
(dia una sola risposta)

- Casalinga
- Donna di servizio
- Operaia
- Artigiana
- Caporeparto/Capo Ufficio
- Libero professionista
- Studentessa
- Impiegata
- Commerciante
- Manager
- Disoccupata
- Altro (specificare)

.....

16. Quale tra quelle elencate qui di seguito meglio descrive l'attuale occupazione del padre?
(dia una sola risposta)

- Casalingo
- Uomo di servizio
- Operaio
- Artigiano
- Caporeparto/Capo Ufficio
- Libero professionista
- Studente
- Impiegato
- Commerciante
- Manager
- Disoccupato
- Altro

(specificare).....

17. Il figlio partecipante alla ricerca ha mai seguito corsi di informazione/educazione alimentare?

- Sì No

18. Se sì, indichi che tipo di corsi, dove e quando si sono svolti

.....

MOTIVAZIONE DEI GENITORI

Per favore risponda alle seguenti domande sulla sua motivazione nei confronti della sana alimentazione. Le sue risposte sono strettamente riservate. Solo le persone del nostro gruppo di ricerca potranno accedere alle sue risposte.

Istruzioni: per favore legga le domande attentamente e segni il numero che meglio corrisponde alla sua risposta per ciascuna domanda.

Con cibi salutarci intendiamo, ad esempio, frutta, pasta al pomodoro, carne magra; con “cibo spazzatura” intendiamo, ad esempio, patatine fritte, bibite zuccherate, merendine con creme.

| | | Molto d'accordo | D'accordo | Più o meno d'accordo | Più o meno in disaccordo | In disaccordo | Molto in disaccordo |
|-----|---|------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. | Mangiare cibi salutarci tutti i giorni è un aspetto importante della mia vita quotidiana. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Non sono il tipo di persona a cui piace mangiare “cibo spazzatura”. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Sono molto orgoglioso di mangiare cibi salutarci. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Non mi preoccupa per niente mangiare “cibo spazzatura”. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Mangiare sano non è una delle mie grandi preoccupazioni. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | A dire il vero non mi importa di mangiare sano regolarmente. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Mangiare sano tutti i giorni mi fa sentire bene. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | E' per me una priorità assicurarmi di mangiare sano tutti i giorni. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | E' molto importante per me che mio/a figlio/a segua una dieta sana. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Se mio/a figlio/a mangia in modo sano, andrà bene a scuola (prenderà bei voti). | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | E' molto importante per me che mio/a figlio/a vada bene a scuola. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Se mio/a figlio/a mangia in modo sano, sarà più sano/a in futuro, quando crescerà. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. | E' molto importante per me che mio/a figlio/a sia più sano/a in futuro, quando crescerà. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Se mio/a figlio/a mangia in modo sano, avrà più energia per fare le cose che piace fare ai bambini. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | E' molto importante per me che mio/a figlio/a abbia l'energia per fare le cose che piace fare ai bambini. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

SUPPORTO DEI GENITORI

Per favore legga le domande con attenzione e segni il numero nella tabella che meglio corrisponde alla sua risposta per ciascuna domanda. Le sue risposte sono strettamente riservate. I nostri ricercatori saranno le uniche persone che avranno accesso alle sue risposte.

Nota: Alcune domande riguardano specificatamente i pasti principali, ma altre riguardano la merenda. I pasti principali sono colazione, pranzo e cena. La merenda viene consumata tra i pasti principali.

Con “cibo spazzatura” intendiamo, ad esempio, patatine fritte, bibite zuccherate, merendine con creme.

| | <u>Nello scorso mese, ha fatto le seguenti cose con suo figlio?</u> | Mai | 1 o 2 volte | 1 volta a settimana | Più volte a settimana | Quasi ogni giorno |
|-----|---|------------|--------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. | Ha portato suo/a figlio/a a mangiare in un locale dove c'erano frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Ha organizzato pasti che avessero frutta e verdura che piacciono a suo/a figlio/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Ha detto a suo/a figlio/a di provare a mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Ha aiutato suo/a figlio/a a porsi come obiettivo quello di mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Ha dato a suo/a figlio/a maggiori informazioni su come mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Ha suggerito a suo/a figlio/a qualcosa che lui/lei potesse fare per raggiungere l'obiettivo di mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Ha dato a suo/a figlio/a soldi per comprare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Ha dato a suo/a figlio/a informazioni che l'hanno aiutato/a a capire come fare per mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Ha portato suo/a figlio/a al supermercato per comprare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ha comprato per suo/a figlio/a frutta e verdura che gli piacciono. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Ha detto qualcosa che facilita il mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Ha aiutato suo/a figlio/a a preparare una merenda a base di frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Ha mostrato a suo/a figlio/a come preparare merende e pasti a base di frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Ha detto a suo/a figlio/a come si stava comportando rispetto al mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Ha dato a suo/a figlio/a frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Ha detto a suo/a figlio/a qualcosa che l'ha aiutato/a a capire perchè faceva bene a provare a mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Ha aiutato suo figlio a preparare un pasto a base di frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nello scorso mese, quanto spesso ha fatto le seguenti cose con suo figlio? | Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Molto spesso |
|-----|--|------------|------------------|----------------------|---------------|---------------------|
| 1. | Si è complimentato con suo/a figlio/a per le sue abitudini alimentari (“Continua così”, “Siamo contenti di te”). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Ha incoraggiato suo/a figlio/a a mangiare frutta e verdura quando era tentato di non farlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Ha discusso con suo/a figlio/a delle sue abitudini alimentari (Ha chiesto come si trovava a mangiare cibi più salutari). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Ha ricordato a suo/a figlio/a di mangiare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Ha mangiato “cibo spazzatura” di fronte a suo/a figlio/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Ha portato a casa “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Ha chiesto a suo/a figlio/a idee su come lei (genitore) potrebbe mangiare più frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Ha detto a suo/a figlio/a che mangiare frutta e verdura è una perdita di tempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Ha fatto commenti se suo/a figlio/a ha ripreso a mangiare “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ha offerto a suo/a figlio/a “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Si è lamentato/a perché suo/a figlio/a ha speso troppi soldi in frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Si è arrabbiato/a quando suo/a figlio/a l’ha incoraggiato/a a mangiare frutta e verdura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Ha fatto commenti negativi quando suo/a figlio/a ha ricominciato a mangiare “cibo spazzatura”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

DISPONIBILITA' E ACCESSIBILITA' DI FRUTTA E VERDURA A CASA

Le seguenti domande riguardano la presenza di frutta e verdura a casa nella scorsa settimana.
Per favore segni una risposta per ciascuna domanda.

Nota: con succo di verdura intendiamo succo di verdura a basso contenuto di sodio.

| | | Mai | Sì qualche volta | Sì quasi sempre | Sì sempre |
|----|---|------------|-------------------------|------------------------|------------------|
| 1. | Aveva in casa la scorsa settimana succo di frutta "100% frutta" o frutta per preparare un frullato? | | | | |
| 2. | Aveva in casa la scorsa settimana succo di verdura o verdure per preparare una centrifuga? | | | | |
| 3. | Aveva in casa la scorsa settimana frutta fresca? | | | | |
| 4. | Aveva in casa la scorsa settimana verdura cruda o cotta? | | | | |
| 5. | Aveva in casa la scorsa settimana insalata? | | | | |
| 6. | La scorsa settimana c'erano frutta e verdura a disposizione in cucina o in qualche posto in vista? | | | | |
| 7. | La scorsa settimana c'era frutta sul ripiano più in vista e a portata di mano del frigorifero, da prendere per merenda? | | | | |
| 8. | La scorsa settimana c'era una ciotola di verdura fresca già tagliata sul ripiano più in vista e a portata di mano del frigorifero, da prendere per merenda? | | | | |
| 9. | La scorsa settimana c'erano verdure in frigorifero che erano già state preparate cosicché potessero essere usate velocemente per un pasto? | | | | |

CECK LIST CONSUMI ALIMENTARI 24 ORE

Gentile genitore,

le chiediamo di compilare accuratamente le schede successive relative all'alimentazione di suo/a figlio/a nelle ultime 24 ore.

Troverà una scheda per ogni singolo pasto della giornata: colazione, spuntino di metà mattina, pranzo, merenda di metà pomeriggio, cena.

Segni una X sopra la dose di alimento che si avvicina di più alla quantità assunta da suo /a figlio/a, come nell'esempio qui sotto:

| COLAZIONE | | | | |
|---------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------|
| Latte | Un bicchiere (125-150 ml) | Una tazza (200-250 ml) | Una scodella (250-300 ml) | Altro |
| Yogurt bianco | Un vasetto (125 g) | Due vasetti (250 g) | Più di due vasetti (250 g) | Altro |

Ovviamente, può barrare più alimenti per ogni scheda, a seconda di quello che ha mangiato suo/a figlio/a in quello specifico pasto.

Se le dosi di cibo proposte non si avvicinano per nulla a quanto ha consumato suo/a figlio/a, scriva nella casella "altro" la dose realmente consumata, come da esempio qui sotto:

| | | | | |
|------|------------------|---------------------------|---------------------------------|--|
| Pane | 1 rosetta (40 g) | Un panino classico (50 g) | Un panino tipo zocchetto (80 g) | Altro <i>Ha mangiato due zocchetti interi</i> |
|------|------------------|---------------------------|---------------------------------|--|

Se suo figlio/a ha mangiato alcuni alimenti non compresi nella lista, in fondo ad ogni scheda troverà uno spazio dove le chiediamo gentilmente di riportare il cibo effettivamente assunto con una dose indicativa, espressa in termini di "porzione" piuttosto che in grammi, come nell'esempio qui sotto:

Se suo figlio/a ha assunto alimenti diversi o non compresi in questa lista, per favore riporti qui sotto quali alimenti ha assunto (con una dose indicativa):
oltre a quello segnato, mio figlio ha mangiato due cucchiainate di maionese e un pugno di pop-corn.

Per una maggior facilità nella compilazione di questa ceck list, le consigliamo di identificare prima gli alimenti nella colonna di sinistra e poi segnare la porzione degli alimenti identificati, nelle colonne di destra.

La ringraziamo per la collaborazione!

| COLAZIONE | | | | |
|---|--|---|---|-------|
| Alimenti | Porzione | | | |
| Latte | Un bicchiere (125-150 ml) | Una tazza (200-250 ml) | Una scodella (250-300 ml) | Altro |
| Yogurt bianco | Un vasetto (125 g) | Due vasetti (250 g) | Più di due vasetti (>250 g) | Altro |
| Yogurt alla frutta | Un vasetto (125 g) | Due vasetti (250 g) | Più di due vasetti (>250 g) | Altro |
| Spremuta o succo di frutta 100%frutta ("senza zucchero") o frullati senza latte ("smoothies"), anche confezionati | Un bicchiere o una bottiglietta di vetro (125-150 ml) | Una tazza o un brick o una bottiglietta (200-250 ml) | Due bicchieri o due brick o due bottigliette (300-400 ml) | Altro |
| Succo di frutta ("nettare di..", o "nettare e polpa di..") | Un bicchiere (125-150 ml) | Un brick (200-250 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Altro |
| Frutta fresca (mela, pera, banana, albicocche..) | Una porzione piccola di frutta (80 g): ad es. mezza mela, mezza pera, 1-2 albicocche, 1 kiwi piccolo.. | Una porzione media di frutta (150-200 g): ad es. una mela, una pera, 3-4 albicocche, 2 kiwi medio-piccoli.. | Una porzione abbondante di frutta (250 g): una mela e mezza o più, 5-6 albicocche o più, 3 kiwi o più.. | Altro |
| Macedonia di frutta | Una ciotolina di macedonia scarsa o 1-2 cucchiariate di frutta in pezzetti (80-100 g) | Una ciotolina di macedonia o 3-4 cucchiariate di frutta in pezzetti (150-200 g) | Due ciotoline di macedonia o 5-6 cucchiariate di frutta in pezzetti (250 g) | Altro |
| Bibite o bevande (es. cola, aranciata..) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Una lattina (300 ml circa) | Altro |
| Frullato di frutta (latte + frutta fresca varia) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Centrifuga/succo di verdura | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Frutta secca (nocciole, arachidi, noci..) | Mezza monoporzione da snack (30-40 g circa) | Una monoporzione da snack (30-40 g circa) | Più di una monoporzione da snack (30-40 g circa) | Altro |
| The o orzo | Un bicchiere (125-150 ml) | Una tazza (200-250 ml) | Una scodella (250-300 ml) | Altro |
| Biscotti o fette biscottate o crackers | n°3-4 | n°5-6 | n°7-8 | Altro |
| Merendine o brioche, semplici o farcite | n° 1 piccola ("kinder brioss", "flauto"30 g circa) | n° 1 media (cornetto da bar, "crostatina" ..40 g circa) | n° 1 grande (krapfen..60 g circa) | Altro |
| Torta/focaccia dolce | Mezza fetta (50 g circa) | Una fetta (100 g circa) | Una fetta e mezza (150 g) | Altro |
| Cornflakes | n°3-4 cucchiari (30 g) | n° 5-6 cucchiari (40 g circa) | n° 7-8 cucchiari (50 g circa) | Altro |
| Muesli | n°2-3 cucchiari (30-40 g) | n° 4-5 cucchiari (45-55 g circa) | n° 6-7 cucchiari (più di 60 g) | Altro |
| Pane fresco o con uvetta | 1 rosetta (40 g) | Un panino classico (50 g) | Un panino tipo zocchetto (80 g) | Altro |
| Prodotti da forno (grissini, gioppini, schiacciatine..) | n°3-4 (n°1 se schiacciatine) | n°5-6 (n°2 se schiacciatine) | n°7-8 (n°3 o più se schiacciatine) | Altro |
| Cioccolato spalmabile | 2-3 cucchiaini | Una monoporzione classica (30 g) | 5-6 cucchiaini | Altro |
| Marmellata o miele | 2-3 cucchiaini | Una monoporzione classica (30 g) | 5-6 cucchiaini | Altro |

| Zucchero o cacao zuccherato | 1 cucchiaino | 2 cucchiaini | 3 cucchiaini | Altro |
|--|--------------|--------------|--------------|-------|
| Se suo/a figlio/a ha assunto alimenti diversi o non compresi in questa lista, per favore riporti qui sotto quali alimenti ha assunto (con una dose indicativa) | | | | |

| SPUNTINO di META' MATTINA | | | | |
|---|--|---|---|-------|
| Alimenti | Porzione | | | |
| Latte | Un bicchiere (125-150 ml) | Una tazza (200-250 ml) | Una scodella (250-300 ml) | Altro |
| Yogurt bianco | Un vasetto (125 g) | Due vasetti (250 g) | Più di due vasetti (>250 g) | Altro |
| Yogurt alla frutta | Un vasetto (125 g) | Due vasetti (250 g) | Più di due vasetti (>250 g) | Altro |
| Spremuta o succo di frutta 100%frutta ("senza zucchero") o frullati senza latte ("smoothies"), anche confezionati | Un bicchiere o una bottiglietta di vetro (125-150 ml) | Una tazza o un brick (200-250 ml) | Due bicchieri o due brick (300-400 ml) | Altro |
| Succo di frutta ("nettare di..", o "nettare e polpa di..") | Un bicchiere (125-150 ml) | Un brick (200-250 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Altro |
| Frutta fresca (mela, pera, banana, albicocche..) | Una porzione piccola di frutta (80 g): ad es. mezza mela, mezza pera, 1-2 albicocche, 1 kiwi piccolo.. | Una porzione media di frutta (150-200 g): ad es. una mela, una pera, 3-4 albicocche, 2 kiwi medio-piccoli.. | Una porzione abbondante di frutta (250 g): una mela e mezza o più, 5-6 albicocche o più, 3 kiwi o più.. | Altro |
| Macedonia di frutta | Una ciotolina di macedonia scarsa o 1-2 cucchiaini di frutta in pezzetti (80-100 g) | Una ciotolina di macedonia o 3-4 cucchiaini di frutta in pezzetti (150-200 g) | Una ciotolina colma di macedonia o 5-6 cucchiaini di frutta in pezzetti (250 g) | Altro |
| Bibite o bevande (es. cola, aranciata..) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Una lattina (300 ml circa) | Altro |
| Frullato di frutta (latte + frutta fresca varia) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Centrifuga/succo di verdura | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Frutta secca (nocciole, arachidi, noci..) | Mezza monoporzione da snack (30-40 g circa) | Una monoporzione da snack (30-40 g circa) | Più di una monoporzione da snack (30-40 g circa) | Altro |
| The o orzo | Un bicchiere (125-150 ml) | Una tazza (200-250 ml) | Una scodella (250-300 ml) | Altro |
| Biscotti o fette biscottate o crackers | n°3-4 | n°5-6 | n°7-8 | Altro |
| Merendine o brioches, semplici o farcite | n° 1 piccola ("kinder brioss", "flauto"..30 g circa) | n° 1 media (cornetto da bar, "crostatina" ..40 g circa) | n° 1 grande (krupfen..60 g circa) | Altro |
| Torta/focaccia dolce | Mezza fetta (50 g circa) | Una fetta (100 g circa) | Una fetta e mezza (150 g) | Altro |
| Cornflakes | n°3-4 cucchiai (30 g) | n° 5-6 cucchiai (40 g circa) | n° 7-8 cucchiai (50 g circa) | Altro |
| Muesli | n°2-3 cucchiai (30-40 g) | n° 4-5 cucchiai (45-55 g circa) | n° 6-7 cucchiai (più di 60 g) | Altro |
| Pane fresco o con uvetta | 1 rosetta (40 g) | Un panino classico (50 g) | Un panino tipo zocchetto (80 g) | Altro |
| Prodotti da forno (grissini, gioppini, schiacciatine..) | n°3-4 (n°1 se schiacciatine) | n°5-6 (n°2 se schiacciatine) | n°7-8 (n°3 o più se schiacciatine) | Altro |
| Cioccolato spalmabile | 2-3 cucchiaini | monoporzione classica (30 g) | 5-6 cucchiaini | Altro |
| Marmellata o miele | 2-3 cucchiaini | monoporzione classica (30 g) | 5-6 cucchiaini | Altro |
| Zucchero o cacao zuccherato | 1 cucchiaino | 2 cucchiaini | 3 cucchiaini | Altro |
| Pane con affettati o formaggi (prosciutto, mozzarella..) | Un panino piccolo (30-40 g pane + 15-30 g affettati o | Un panino medio (45-50 g pane + 20-40 g | Un panino grande (55-70 g pane + 35-60 g affettati o | Altro |

| | | | | |
|--|---|---|---|-------|
| | formaggi) | affettati o formaggi) | formaggi) | |
| Pizzetta Margherita | Mezza pizzetta o una pizzetta piccola (35-40 g) | Una pizzetta media (70-75 g circa) | Due pizzette piccole o una pizzetta e mezza (100 g circa) | Altro |
| Patatine fritte in busta | Un pacchettino piccolo (20-25 g, ad es confezione mini "fonzies") | Un pacchettino medio (confezione "da bar", circa 30-40 g) | Un pacchettino medio-grande (50 g o oltre) | Altro |
| Cioccolato o merendina di cioccolato | Un pezzetto piccolo (20-25 g circa, 2 cioccolatini grandi tipo "Bacio" o 3-4 quadretti o un "ovetto" o un "kinder cereali"..) | Un pezzo "medio" (30-35 g circa, 3 cioccolatini grandi tipo "Bacio" o 5-6 quadretti o un "duplo"..) | Un pezzo "grande" (oltre i 40 g, tipo un "Kinder bueno", un "bounty", un "mars", un "twix"..) | Altro |
| Se suo/a figlio/a ha assunto alimenti diversi o non compresi in questa lista, per favore riporti qui sotto quali alimenti ha assunto (con una dose indicativa) | | | | |

| PRANZO | | | | |
|--|--|---|---|-------|
| Alimenti | Porzione | | | |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo alle verdure (zucchine, funghi, legumi, tipo piselli, etc.) Specificare il sugo: _____ | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo senza verdure (al ragù, con la ricotta, etc.) Specificare il sugo: _____ | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo al pomodoro | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo all'olio o al burro | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Passato o minestrone o crema di verdure <u>senza legumi</u> (fagioli, piselli, lenticchie..), con o senza pasta, riso o altro cereale (es. crema di zucca con riso, minestra d'orzo e verdure..) | Un piatto tipo fondina "scarso" (un mestolo) | Un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (circa 2 mestoli) | Un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (più di 2 mestoli) | altro |
| Passato o zuppa o crema di verdure <u>con legumi</u> (fagioli, piselli, lenticchie..), con o senza pasta, riso o altro cereale (es. pasta e fagioli, orzo e lenticchie..) | Un piatto tipo fondina "scarso" (un mestolo) | Un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (circa 2 mestoli) | Un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (più di 2 mestoli) | altro |
| Pizza margherita | Un quarto-un terzo di pizza | Mezza pizza | Una pizza | altro |
| Pizza farcita con verdure (melanzane, pomodorini, funghi..) | Un quarto-un terzo di pizza | Mezza pizza | Una pizza | altro |
| Pizza farcita con affettati o formaggi o altra farcitura senza verdura (prosciutto, wurstel, patatine fritte..) | Un quarto-un terzo di pizza | Mezza pizza | Una pizza | altro |
| Brodo con pasta, riso o altro cereale o tortellini | Un piatto tipo fondina "scarso" (un mestolo) | Un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (circa 2 mestoli) | Un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (più di 2 mestoli) | altro |
| Lasagne <u>con farcitura alle verdure o legumi</u> (piselli, fagioli, lenticchie..) Specificare la farcitura: _____ | Mezza/un terzo di porzione | Una porzione scarsa (contenuta in una vaschetta di alluminio) | Una porzione da adulto o una porzione abbondante | altro |
| Lasagne con ragù o altra farcitura senza <u>verdure o legumi</u> | Mezza/un terzo di porzione | Una porzione scarsa (contenuta in | Una porzione/una porzione abbondante | altro |

| | | | | |
|---|---|---|--|-------|
| | | una vaschetta di alluminio) | | |
| Polenta | 1-2 fettine (circa 100 g) | 3-4 fettine (circa 150-200 g) | Più di 4 fettine (oltre 200 g) | altro |
| Patate | 1 patata medio-piccola (150-160 g) | 2 patate medio-piccole (150-160 g l'una) | 3 patate medie o più (oltre 300 g) | altro |
| Pane fresco | 1 rosetta (40 g) | Un panino classico (50 g) | Un panino tipo zocchetto (80 g) | Altro |
| Prodotti da forno (grissini, gioppini..) | n°3-4 (1 se schiacciatine) | n°5-6 (2 se schiacciatine) | n°7-8 (3 o più se schiacciatine) | altro |
| Carne di manzo, pollo, tacchino, coniglio, maiale <u>parti magre</u> (senza pelle e senza parti di grasso visibile) | Un pezzetto (<60 g) | Una fettina piccola (60 g) o 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | Più di una fettina piccola (60 g) o più di 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | altro |
| Carne di manzo, pollo, tacchino, coniglio, maiale <u>parti semigrasse</u> (poca pelle o con qualche parte di grasso) | Un pezzetto (<60 g) | Una fettina piccola (60 g) o 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | Più di una fettina piccola (60 g) o più di 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | altro |
| Carne di manzo, pollo, tacchino, coniglio, maiale <u>parti grasse</u> (con pelle o parti di grasso) | Un pezzetto (<60 g) | Una fettina piccola (60 g) o 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | Più di una fettina piccola (60 g) o più di 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | altro |
| Uova | mezzo | n° 1 | n° 2 | altro |
| Pesce o prodotti della pesca freschi o surgelati | Una porzione piccola o un filetto surgelato (70-80 g) | Una porzione media o 1,5 filetti surgelati (circa 100 g) | Più di una porzione media o più di 1,5 filetti surgelati (più di 100 g) | altro |
| Pesce o carne impanata (tipo "bastoncini", "cotolette"..) | 1-2 bastoncini o un terzo di cotoletta | 3 bastoncini o mezza cotoletta | Più di 3 bastoncini o mezza cotoletta | altro |
| Pesce o carne conservata (tonno sott'olio, carne in scatola..) | Mezza scatoletta piccola (ad es, se tonno 40 g da sgocciolare) | Una scatoletta piccola (ad es, se tonno 80 g da sgocciolare) | Più di una scatoletta piccola (ad es, se tonno 80 g da sgocciolare) | Altro |
| C'era sugo con verdure/legumi che accompagnava i secondi? (es. spezzatino con i funghi, pesce con i pomodorini, seppie e piselli..) specificare _____ | | | | |
| Affettati: prosciutto cotto o crudo, bresaola, speck | 2-3 fette | Circa 5 fette (60 g) | Più di 5 fette (60 g) | Altro |
| Insaccati: salame, mortadella, wurstel | Una porzione piccola (ad es.1 wurstel piccolo, 2 fettine di salame, mezza fetta grande di mortadella..) | Una porzione medio-piccola (2 wurstel piccoli, 3 fettine di salame, una fetta grande di mortadella..) | Una porzione media (3-4 wurstel piccoli, 4-5 fettine di salame, più di una fetta grande di mortadella..) | Altro |
| Formaggi freschi, da taglio o stagionati | Una porzione piccola (un terzo di mozzarella, un cubetto di formaggio stagionato..) | Una porzione medio piccola (mezza mozzarella-50 g-, un pezzetto di formaggio stagionato-30 g-..) | Più di una porzione medio piccola (una mozzarella, uno stracchino piccolo o robiolino) | Altro |
| Verdura cruda "in foglia" o a filetti (insalata, radicchio, finocchi a filetti, carote | Mezza ciotola o 2 cucchiariate | Una ciotola o mezzo piatto (50 g) | Più di una ciotola o mezzo piatto (50 g) | Altro |

| | | | | |
|--|--|---|---|-------|
| julienne..) | | | | |
| Verdura cruda tipo "ortaggi" (pomodori, cetrioli, peperoni..) | Una porzione piccola (ad es. un pomodoro piccolo, un terzo di peperone o cetriolo (70-100 g)..) | Una porzione media (ad es. un pomodoro medio piccolo, mezzo peperone o cetriolo (100-130 g)..) | Una porzione abbondante (ad es. 2 pomodori, un peperone, un cetriolo (150-200 g o più..) | Altro |
| Verdura cotta (spinaci, verza..) | 1-2 cucchiainate un terzo-quarto di piatto (circa 100 g) | 3 cucchiainate o mezzo piatto (130-150 g a cotto) | Più di 3 cucchiainate o più di mezzo piatto (200 g o più) | altro |
| Legumi cotti (fagioli, piselli, ceci, lenticchie..) | 1-2 cucchiainate (20-40 g) | 3-4 cucchiainate (60-80 g) | 5-6 cucchiainate o più (100-120 g) | altro |
| Frutta fresca (mela, pera, banana, albicocche..) | Una porzione piccola di frutta (80 g): ad es. mezza mela, mezza pera, 1-2 albicocche, 1 kiwi piccolo.. | Una porzione media di frutta (150-200 g): ad es. una mela, una pera, 3-4 albicocche, 2 kiwi medio-piccoli.. | Una porzione abbondante di frutta (250 g): una mela e mezza o più, 5-6 albicocche o più, 3 kiwi o più.. | Altro |
| Macedonia di frutta | Una ciotolina di macedonia scarsa o 1-2 cucchiainate di frutta in pezzetti (80-100 g) | Una ciotolina di macedonia o 3-4 cucchiainate di frutta in pezzetti (150-200 g) | Una ciotolina colma di macedonia o 5-6 cucchiainate di frutta in pezzetti (250 g) | Altro |
| Spremuta o succo di frutta 100%frutta ("senza zucchero") o frullati senza latte ("smoothies"), anche confezionati | Un bicchiere o una bottiglietta di vetro (125-150 ml) | Una tazza o un brick (200-250 ml) | Due bicchieri o due brick (300-400 ml) | Altro |
| Succo di frutta ("nettare di..", o "nettare e polpa di..") | Un bicchiere (125-150 ml) | Un brick (200-250 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | altro |
| Bibite o bevande (es. cola, aranciata..) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Una lattina (300 ml circa) | Altro |
| Frullato di frutta (latte + frutta fresca varia) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Centrifuga/succo di verdura | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Se suo/a figlio/a ha assunto alimenti diversi o non compresi in questa lista, per favore riporti qui sotto quali alimenti ha assunto (con una dose indicativa) | | | | |

| MERENDA di META' POMERIGGIO | | | | |
|---|--|---|---|-------|
| Alimenti | Porzione | | | |
| Latte | Un bicchiere (125-150 ml) | Una tazza (200-250 ml) | Una scodella (250-300 ml) | Altro |
| Yogurt bianco | Un vasetto (125 g) | Due vasetti (250 g) | Più di due vasetti (>250 g) | Altro |
| Yogurt alla frutta | Un vasetto (125 g) | Due vasetti (250 g) | Più di due vasetti (>250 g) | Altro |
| Spremuta o succo di frutta 100%frutta ("senza zucchero") o frullati senza latte ("smoothies"), anche confezionati | Un bicchiere o una bottiglietta di vetro (125-150 ml) | Una tazza o un brick (200-250 ml) | Due bicchieri o due brick (300-400 ml) | Altro |
| Succo di frutta ("nettare di..", o "nettare e polpa di..") | Un bicchiere (125-150 ml) | Un brick (200-250 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Altro |
| Frutta fresca (mela, pera, banana, albicocche..) | Una porzione piccola di frutta (80 g): ad es. mezza mela, mezza pera, 1-2 albicocche, 1 kiwi piccolo.. | Una porzione media di frutta (150-200 g): ad es. una mela, una pera, 3-4 albicocche, 2 kiwi medio-piccoli.. | Una porzione abbondante di frutta (250 g): una mela e mezza o più, 5-6 albicocche o più, 3 kiwi o più.. | Altro |
| Macedonia di frutta | Una ciotolina di macedonia scarsa o 1-2 cucchiaini di frutta in pezzetti (80-100 g) | Una ciotolina di macedonia o 3-4 cucchiaini di frutta in pezzetti (150-200 g) | Una ciotolina colma di macedonia o 5-6 cucchiaini di frutta in pezzetti (250 g) | Altro |
| Bibite o bevande (es. cola, aranciata..) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Una lattina (300 ml circa) | Altro |
| Frullato di frutta (latte + frutta fresca varia) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Centrifuga/succo di verdura | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Frutta secca (nocciole, arachidi, noci..) | Mezza monoporzione da snack (30-40 g circa) | Una monoporzione da snack (30-40 g circa) | Più di una monoporzione da snack (30-40 g circa) | Altro |
| The o orzo | Un bicchiere (125-150 ml) | Una tazza (200-250 ml) | Una scodella (250-300 ml) | Altro |
| Biscotti o fette biscottate o crackers | n°3-4 | n°5-6 | n°7-8 | Altro |
| Merendine o brioche, semplici o farcite | n° 1 piccola ("kinder brioss", "flauto"..30 g circa) | n° 1 media (cornetto da bar, "crostatina" ..40 g circa) | n° 1 grande (krapfen..60 g circa) | Altro |
| Torta/focaccia dolce | Mezza fetta (50 g circa) | Una fetta (100 g circa) | Una fetta e mezza (150 g) | Altro |
| Cornflakes | n°3-4 cucchiai (30 g) | n° 5-6 cucchiai (40 g circa) | n° 7-8 cucchiai (50 g circa) | Altro |
| Muesli | n°2-3 cucchiai (30-40 g) | n° 4-5 cucchiai (45-55 g circa) | n° 6-7 cucchiai (più di 60 g) | Altro |
| Pane fresco o con uvetta | 1 rosetta (40 g) | Un panino classico (50 g) | Un panino tipo zocchetto (80 g) | Altro |
| Prodotti da forno (grissini, gioppini, schiacciatine..) | n°3-4 (n°1 se schiacciatine) | n°5-6 (n°2 se schiacciatine) | n°7-8 (n°3 o più se schiacciatine) | Altro |
| Cioccolato spalmabile | 2-3 cucchiaini | monoporzione classica (30 g) | 5-6 cucchiaini | Altro |
| Marmellata o miele | 2-3 cucchiaini | monoporzione classica (30 g) | 5-6 cucchiaini | Altro |
| Zucchero o cacao zuccherato | 1 cucchiaino | 2 cucchiaini | 3 cucchiaini | Altro |
| Pane con affettati o formaggi (prosciutto, mozzarella..) | Un panino piccolo (30-40 g pane + 15-30 g affettati o | Un panino medio (45-50 g pane + 20-40 g | Un panino grande (55-70 g pane + 35-60 g affettati o | Altro |

| | | | | |
|--|---|---|---|-------|
| | formaggi) | affettati o formaggi) | formaggi) | |
| Pizzetta Margherita | Mezza pizzetta o una pizzetta piccola (35-40 g) | Una pizzetta media (70-75 g circa) | Due pizzette piccole o una pizzetta e mezza (100 g circa) | Altro |
| Patatine fritte in busta | Un pacchettino piccolo (20-25 g, ad es confezione mini "fonzies") | Un pacchettino medio (confezione "da bar", circa 30-40 g) | Un pacchettino medio-grande (50 g o oltre) | Altro |
| Cioccolato o merendina di cioccolato | Un pezzetto piccolo (20-25 g circa, 2 cioccolatini grandi tipo "Bacio" o 3-4 quadretti o un "ovetto" o un "kinder cereali"..) | Un pezzo "medio" (30-35 g circa, 3 cioccolatini grandi tipo "Bacio" o 5-6 quadretti o un "duplo"..) | Un pezzo "grande" (oltre i 40 g, tipo un "Kinder bueno", un "bounty", un "mars", un "twix"..) | Altro |
| Se suo/a figlio/a ha assunto alimenti diversi o non compresi in questa lista, per favore riporti qui sotto quali alimenti ha assunto (con una dose indicativa) | | | | |

| CENA | | | | |
|--|--|---|---|-------|
| Alimenti | Porzione | | | |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo alle verdure (zucchine, funghi, legumi, tipo piselli, etc.) Specificare il sugo: _____ | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo senza verdure (al ragù, con la ricotta, etc.) Specificare il sugo: _____ | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo al pomodoro | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Pasta, riso o altro cereale, cous cous, gnocchi o tortellini con sugo all'olio o al burro | Una porzione piccola o un piatto tipo fondina "scarso" (50-60 g) | Una porzione media o un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (70-80 g) | Una porzione abbondante o un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (>90 g) | altro |
| Passato o minestrone o crema di verdure <u>senza legumi</u> (fagioli, piselli, lenticchie..), con o senza pasta, riso o altro cereale (es. crema di zucca con riso, minestra d'orzo e verdure..) | Un piatto tipo fondina "scarso" (un mestolo) | Un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (circa 2 mestoli) | Un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (più di 2 mestoli) | altro |
| Passato o zuppa o crema di verdure <u>con legumi</u> (fagioli, piselli, lenticchie..), con o senza pasta, riso o altro cereale (es. pasta e fagioli, orzo e lenticchie..) | Un piatto tipo fondina "scarso" (un mestolo) | Un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (circa 2 mestoli) | Un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (più di 2 mestoli) | altro |
| Pizza margherita | Un quarto-un terzo di pizza | Mezza pizza | Una pizza | altro |
| Pizza farcita con verdure (melanzane, pomodorini, funghi..) | Un quarto-un terzo di pizza | Mezza pizza | Una pizza | altro |
| Pizza farcita con affettati o formaggi o altra farcitura senza verdura (prosciutto, wurstel, patatine fritte..) | Un quarto-un terzo di pizza | Mezza pizza | Una pizza | altro |
| Brodo con pasta, riso o altro cereale o tortellini | Un piatto tipo fondina "scarso" (un mestolo) | Un piatto tipo fondina colmo fino al bordo interno (circa 2 mestoli) | Un piatto tipo fondina colmo oltre il bordo interno (più di 2 mestoli) | altro |
| Lasagne <u>con farcitura alle verdure o legumi</u> (piselli, fagioli, lenticchie..) Specificare la farcitura: _____ | Mezza/un terzo di porzione | Una porzione scarsa (contenuta in una vaschetta di alluminio) | Una porzione da adulto o una porzione abbondante | altro |
| Lasagne con ragù o altra farcitura senza <u>verdure o legumi</u> | Mezza/un terzo di porzione | Una porzione scarsa (contenuta in | Una porzione/una porzione abbondante | altro |

| | | | | |
|---|---|---|--|-------|
| | | una vaschetta di alluminio) | | |
| Polenta | 1-2 fettine (circa 100 g) | 3-4 fettine (circa 150-200 g) | Più di 4 fettine (oltre 200 g) | altro |
| Patate | 1 patata medio-piccola (150-160 g) | 2 patate medio-piccole (150-160 g l'una) | 3 patate medie o più (oltre 300 g) | altro |
| Pane fresco | 1 rosetta (40 g) | Un panino classico (50 g) | Un panino tipo zocchetto (80 g) | Altro |
| Prodotti da forno (grissini, gioppini..) | n°3-4 (1 se schiacciatine) | n°5-6 (2 se schiacciatine) | n°7-8 (3 o più se schiacciatine) | altro |
| Carne di manzo, pollo, tacchino, coniglio, maiale <u>parti magre</u> (senza pelle e senza parti di grasso visibile) | Un pezzetto (<60 g) | Una fettina piccola (60 g) o 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | Più di una fettina piccola (60 g) o più di 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | altro |
| Carne di manzo, pollo, tacchino, coniglio, maiale <u>parti semigrasse</u> (poca pelle o con qualche parte di grasso) | Un pezzetto (<60 g) | Una fettina piccola (60 g) o 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | Più di una fettina piccola (60 g) o più di 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | altro |
| Carne di manzo, pollo, tacchino, coniglio, maiale <u>parti grasse</u> (con pelle o parti di grasso) | Un pezzetto (<60 g) | Una fettina piccola (60 g) o 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | Più di una fettina piccola (60 g) o più di 1 pezzo piccolo se pollo, tacchino, coniglio | altro |
| Uova | mezzo | n° 1 | n° 2 | altro |
| Pesce o prodotti della pesca freschi o surgelati | Una porzione piccola o un filetto surgelato (70-80 g) | Una porzione media o 1,5 filetti surgelati (circa 100 g) | Più di una porzione media o più di 1,5 filetti surgelati (più di 100 g) | altro |
| Pesce o carne impanata (tipo "bastoncini", "cotolette"..) | 1-2 bastoncini o un terzo-quarto di cotoletta | 3 bastoncini o mezza cotoletta | Più di 3 bastoncini o mezza cotoletta | altro |
| Pesce o carne conservata (tonno sott'olio, carne in scatola..) | Mezza scatoletta piccola (ad es, se tonno 40 g da sgocciolare) | Una scatoletta piccola (ad es, se tonno 80 g da sgocciolare) | Più di una scatoletta piccola (ad es, se tonno 80 g da sgocciolare) | Altro |
| C'era sugo con verdure/legumi che accompagnava i secondi? (es. spezzatino con i funghi, pesce con i pomodorini, seppie e piselli..) specificare _____ | | | | |
| Affettati: prosciutto cotto o crudo, bresaola, speck | 2-3 fette | Circa 5 fette (60 g) | Più di 5 fette (60 g) | Altro |
| Insaccati: salame, mortadella, wurstel | Una porzione piccola (ad es.1 wurstel piccolo, 2 fettine di salame, mezza fetta grande di mortadella..) | Una porzione medio-piccola (2 wurstel piccoli, 3 fettine di salame, una fetta grande di mortadella..) | Una porzione media (3-4 wurstel piccoli, 4-5 fettine di salame, più di una fetta grande di mortadella..) | Altro |
| Formaggi freschi, da taglio o stagionati | Una porzione piccola (un terzo di mozzarella, un cubetto di formaggio stagionato..) | Una porzione medio piccola (mezza mozzarella-50 g-, un pezzetto di formaggio stagionato-30 g-..) | Più di una porzione medio piccola (una mozzarella, uno stracchino piccolo o robiolino) | Altro |
| Verdura cruda "in foglia" o a filetti (insalata, radicchio, finocchi a filetti, carote | Mezza ciotola o 2 cucchiariate | Una ciotola o mezzo piatto (50 g) | Più di una ciotola o mezzo piatto (50 g) | Altro |

| | | | | |
|--|--|---|---|-------|
| julienne..) | | | | |
| Verdura cruda tipo "ortaggi" (pomodori, cetrioli, peperoni..) | Una porzione piccola (ad es. un pomodoro piccolo, un terzo di peperone o cetriolo (70-100 g)..) | Una porzione media (ad es. un pomodoro medio piccolo, mezzo peperone o cetriolo (100-130 g)..) | Una porzione abbondante (ad es. 2 pomodori, un peperone, un cetriolo (150-200 g o più..) | Altro |
| Verdura cotta (spinaci, verza..) | 1-2 cucchiainate un terzo-quarto di piatto (circa 100 g) | 3 cucchiainate o mezzo piatto (130-150 g a cotto) | Più di 3 cucchiainate o più di mezzo piatto (200 g o più) | altro |
| Legumi cotti (fagioli, piselli, ceci, lenticchie..) | 1-2 cucchiainate (20-40 g) | 3-4 cucchiainate (60-80 g) | 5-6 cucchiainate o più (100-120 g) | altro |
| Frutta fresca (mela, pera, banana, albicocche..) | Una porzione piccola di frutta (80 g): ad es. mezza mela, mezza pera, 1-2 albicocche, 1 kiwi piccolo.. | Una porzione media di frutta (150-200 g): ad es. una mela, una pera, 3-4 albicocche, 2 kiwi medio-piccoli.. | Una porzione abbondante di frutta (250 g): una mela e mezza o più, 5-6 albicocche o più, 3 kiwi o più.. | Altro |
| Macedonia di frutta | Una ciotolina di macedonia scarsa o 1-2 cucchiainate di frutta in pezzetti (80-100 g) | Una ciotolina di macedonia o 3-4 cucchiainate di frutta in pezzetti (150-200 g) | Una ciotolina colma di macedonia o 5-6 cucchiainate di frutta in pezzetti (250 g) | Altro |
| Spremuta o succo di frutta 100%frutta ("senza zucchero") o frullati senza latte ("smoothies"), anche confezionati | Un bicchiere o una bottiglietta di vetro (125-150 ml) | Una tazza o un brick (200-250 ml) | Due bicchieri o due brick (300-400 ml) | Altro |
| Succo di frutta ("nettare di..", o "nettare e polpa di..") | Un bicchiere (125-150 ml) | Un brick (200-250 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | altro |
| Bibite o bevande (es. cola, aranciata..) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Una lattina (300 ml circa) | Altro |
| Frullato di frutta (latte + frutta fresca varia) | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Centrifuga/succo di verdura | Un bicchiere (125-150 ml) | Due bicchieri (250-300 ml) | Tre bicchieri o più (oltre 300 ml) | Altro |
| Se suo/a figlio/a ha assunto alimenti diversi o non compresi in questa lista, per favore riporti qui sotto quali alimenti ha assunto (con una dose indicativa) | | | | |

Allegato 4. Articolazione dell'intervento

SESSIONE 1. Corretta alimentazione: “Mangia bene, mangia sano!”

Preparazione:

Materiali: cd specifico con slide e giochi, buste, poster principi nutritivi, fogli-soluzioni e premi per gli alunni

Sussidio tecnologico: pc portatile, proiettore

Conduttore: Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Conoscere le caratteristiche della sana alimentazione ed il ruolo indispensabile di frutta e verdura nei diversi pasti della giornata, anche sfatando false credenze relative al tema nutrizionale.

Obiettivi:

1. rendere gli alunni in grado di riconoscere la relazione tra nutrizione e salute e le caratteristiche della sana alimentazione (Piramide Alimentare, bilanciamento tra i nutrienti)
2. aumentare la consapevolezza dell'importanza di assumere frutta verdura ad ogni pasto
3. imparare a scegliere corrette porzioni di frutta e verdura ed inserirle nei pasti della giornata
4. sperimentare una merenda salutare con frutta e verdura

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
- 30' contenuti: parte didattica

Slide dal programma ministeriale di educazione alimentare per le Scuole Primarie “Forchetta e Scarpetta”, modulo “Mangia bene, mangia sano”, relativo alla sana alimentazione in generale.

- 1h e 15' parte interattiva: giochi

Preparazione bambini per i giochi: divisione in gruppi da 5/6 bambini, spiegazione generale dei giochi e del ruolo del portavoce

Gioco n. 1 “Indovina i pasti equilibrati”: ogni gruppo deve riflettere su alcuni esempi di pasti e riuscire a capire se si tratta di pasti sani e, quando non lo siano, riuscire ad elaborare delle modifiche appropriate. Durata prevista: 30' circa

Gioco n. 2 “chi ben comincia..”: ogni gruppo deve riflettere e strutturare alcuni esempi di colazioni sane (frutta e verdura + alimenti con carboidrati, con proteine e con grassi), adatti all'estate e all'inverno. Durata prevista: 25' circa

Gioco n.3 “quiz!”: ogni gruppo, di fronte ad alcune affermazioni e credenze relative all'alimentazione deve indovinare se si tratta di informazioni “vere” oppure “false”. Durata prevista: 15 minuti

Alla fine dell'intervento tutti i gruppi che hanno partecipato ai giochi vincono dei premi diversificati in base al punteggio ottenuto ma di egual valore (piccoli gadget offerti dalla Ulss).

SESSIONE 2. Corretta alimentazione: “Cinque volte al giorno”

Preparazione:

Materiali: buste, fogli, scatole per i giochi, poster stagionalità vegetali, fogli-soluzioni e premi per i vincitori

Sussidio tecnologico: pc portatile, proiettore

Conduttore: Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Diventare consapevoli del proprio stile alimentare, in relazione al consumo di frutta e verdura; conoscerne i benefici ed apprendere un atteggiamento positivo, curioso e disponibile a sperimentare nuovi vegetali e nuove occasioni per consumarli.

Obiettivi:

1. Aumentare le conoscenze degli alunni relative al rapporto salute e consumo di frutta e verdura
2. Gli alunni saranno in grado di superare gli ostacoli ed elaborare delle strategie per assumere più frutta e verdura
3. Far apprendere agli alunni la modalità con cui è possibile assumere, e variare, i vegetali durante la giornata
4. Favorire negli alunni un atteggiamento curioso nei confronti del mondo vegetale
5. Indurre negli alunni un atteggiamento positivo relativo all'aumento del consumo di frutta e verdura nell'alimentazione quotidiana

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)

- 20' contenuti: parte didattica

Slide dal programma ministeriale di educazione alimentare per le Scuole Primarie "Forchetta e Scarpetta", modulo "Cinque volte al giorno", relativo alla frutta e verdura.

- 1h e 25' parte interattiva: giochi

Preparazione bambini per i giochi: divisione in gruppi da 5/6 bambini, spiegazione generale dei giochi e del ruolo del portavoce

Gioco n. 1 "Cos'hai mangiato ieri?": ogni bambino è invitato a ripensare a cos'ha mangiato il giorno precedente, identificando il numero di porzioni di frutta e verdura. Durata prevista: 15' circa

Gioco n. 2 "Mille ricette per ogni stagione": ogni gruppo deve identificare alcuni vegetali tipici per ogni stagione dell'anno; in un secondo momento, dovrà elencare alcune ricette con vegetali tipiche di ogni periodo. Durata prevista: 25' circa

Gioco n. 3 "frutta e verdura: ogni occasione è buona!": ogni gruppo, dopo aver visto una serie di esempi di piatti contenenti frutta e verdura (foto) e di modalità di consumo nella giornata, deve indovinare gli ingredienti di alcuni piatti originali contenenti vegetali. Durata prevista: 20' circa

Gioco n. 4 "chiedimi come sono e ti dirò chi sono!": ogni gruppo, dopo alcune slide riguardanti le diverse caratteristiche dei vegetali, deve indovinare quali frutti e verdure siano nascosti una scatola, indagandone le caratteristiche con domande appropriate. Durata prevista: 20' circa.

Alla fine dell'intervento tutti i gruppi che hanno partecipato ai giochi vincono dei premi diversificati in base al punteggio ottenuto ma di egual valore (piccoli gadget offerti dalla Ulss).

SESSIONE 3. Pubblicità stampata e newsletter: rappresentazione della realtà

Preparazione:

Materiali: giornali, brochures, volantini e poster da diverse fonti; varie pubblicità da riviste e altre fotografie – la maggior parte indirizzate ai bambini

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, macchina fotografica digitale

Conduttore: Elena Grassi

Focus della sessione:

Definire il significato di *media* (con particolare riferimento al nostro contesto e ai media stampa o web), e capire come i media influenzino la nostra cultura

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di identificare e definire diversi tipi di messaggi mediatici veicolati dai media stampa o web

2. Gli alunni saranno in grado di descrivere come i messaggi mediali sono costruiti e come essi non necessariamente mostrino la realtà
3. Gli alunni saranno in grado di discutere come/perché tali messaggi siano solo *rappresentazioni* della realtà
4. Gli alunni saranno in grado di interpretare il significato/proposito dei messaggi mediali

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
 - 1h contenuti: parte didattica
1. Icebreaker: mostrare agli alunni testimonial, insegne, loghi-brand e chiedere loro se li riconoscono e dove li hanno incontrati nella loro vita.
 2. Differenza tra informazione e pubblicità. (Domande introduttive: che cos'è una pubblicità? Perché gli uomini fanno la pubblicità? E' la pubblicità realmente necessaria?)

Passare agli alunni diversi tipi di immagini stampate, alcune tratte dalla pubblicità (senza alcuna scritta) e altre tratte da articoli di riviste. Si discute quindi sulle immagini usando come linea le seguenti domande: l'immagine che avete in mano è di una pubblicità (serve per vendere qualcosa) o è una fotografia? Sono solo i loghi a fare la differenza? Perché o perché no? Che cosa ti attrae (ti piace)/ o non ti attrae (non ti piace) in queste immagini? Quali sono le differenze tra le immagini pubblicitarie e le altre immagini? Che cos'è l'informazione e che cos'è la pubblicità? E' difficile dire qual è la differenza?

3. Costruzione della realtà.

(Materiali: pubblicità stampata e newsletter su cibi che sono familiari ai bambini come merendine, biscotti, coca-cola, patatine, ecc...; materiali per preparare uno snack veloce, es. crema al cioccolato e pane, verdura, frutta, biscotti; una macchina fotografica digitale)

Passare agli alunni pubblicità stampate con prodotti a loro familiari e chiedere: avete mai mangiato questi cibi? I cibi che avete mangiato erano uguali alla rappresentazione data dalla pubblicità (ad esempio: le patatine erano così gialle? Le merendine così colorate? I biscotti così grandi?). Inoltre chiedere una loro opinione su come facciano i pubblicitari a rendere le immagini dei cibi così attraenti.

Spiegare le caratteristiche della fotografia come linguaggio: concetto di inquadratura, posizione dell'oggetto all'interno dell'inquadratura, angolazione, luce, colore, riferimenti simbolici.

Spiegare la parte grafica: brand, logo, slogan.

Spiegare il concetto di target.

- 30' parte interattiva

Passare agli alunni, divisi in 3 gruppi i materiali per preparare uno snack veloce e chiedere loro di organizzarlo su un tavolo in modo da poter essere fotografato per una pubblicità, attraverso la domanda: come posizionereste lo snack e come lo fotografereste per renderlo attraente o per farlo piacere di più a ragazzi della vostra età?

Far fotografare la composizione agli alunni e scaricare le foto nel pc.

- 15' riflessione

Mostrare a tutti gli alunni le foto realizzate e farli discutere sulle scelte (inquadratura, angolazione, posizione dei cibi, ecc...) e sulle motivazioni di tali scelte. Chiedere agli alunni che non hanno realizzato la foto mostrata, quali siano le sensazioni che provano alla vista dell'immagine.

SESSIONE 4. Pubblicità per la tv: decostruire i messaggi mediali

Preparazione:

Materiali: pubblicità per la tv e pubblicità stampata (la stessa della sessione precedente) – la maggior parte indirizzate ai bambini

Sussidio tecnologico: pc, proiettore

Conduttore: Elena Grassi

Focus della sessione:

Analizzare e valutare la comunicazione trasmessa da diversi tipi di messaggi mediali – pubblicità per la tv, stampata, o per il web – attraverso la comprensione dei loro linguaggi e delle loro “convenzioni”

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di analizzare criticamente diversi messaggi mediali per interpretare il loro significato e le loro intenzionalità esplicite ed implicite. (Si può usare una rubrica come quella descritta di seguito)
2. Gli alunni saranno in grado di identificare le varie tecniche produttive utilizzate nei messaggi mediali per produrre determinati effetti

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
- 1h contenuti: parte didattica

Il conduttore userà diversi tipi di messaggi mediali, facendo un recall di memoria relativamente a quelli “stampati”, già analizzati nella sessione precedente, ma focalizzando l'attenzione principalmente sulla pubblicità per la tv.

Dopo aver visto con gli alunni le pubblicità o le newsletter, si discuterà ponendo come linee guida le seguenti domande:

1. chi produce/realizza il messaggio?
2. Qual è il suo intento (informare, persuadere, educare, divertire, provocare uno shock, far agire)?
3. A chi si rivolge il messaggio in modo diretto? (Come fai a saperlo? C'è anche qualcuno a cui il messaggio si rivolge in modo indiretto?)
4. Che cosa dice il messaggio? E come o dice?
5. Che tipo di messaggio e media vengono usati?
6. Quali sono i vantaggi nell'uso di questo tipo di messaggio veicolato in questo tipo di media?
7. Quali tecniche vengono usate per rendere il messaggio credibile e attraente?
8. Quale stile di vita viene rappresentato nel/dal messaggio?
9. Chi ottiene vantaggi (soldi/benefici) da questo messaggio?
10. Chi/che cosa è stato trascurato/omesso dal messaggio?
11. Gli interessi di chi vengono assecondati dal presentare il messaggio in questo particolare modo?
12. Sei d'accordo con il messaggio?
13. Come e perché persone diverse possono interpretare il messaggio in maniera diversa?
14. Che cosa puoi farci tu con l'informazione ottenuta da questo messaggio?

Oppure si può usare una rubrica da far compilare agli alunni, con le seguenti voci:

1. Chi è il committente (chi ha pagato) il messaggio? Perché?
2. Chi è il target del messaggio?
3. Quali elementi (testo, immagini, parole, musiche, suoni) ti hanno portato a questa conclusione (sul committente e sul target)?
4. Qual è il testo (significato letterale) del messaggio?
5. Qual è il sottotesto (significato nascosto o indiretto) del messaggio?
6. Che tipo di stile di vita è rappresentato? E' stato reso attraente? Come?
7. Quali valori vengono espressi?
8. Quali tecniche o strumenti di persuasione vengono usati?
9. Quale "storia" non viene raccontata? Che cosa, relativamente al prodotto, il messaggio non dice?
10. In che modo questo è un messaggio volto alla salute o meno?

- 45' parte interattiva

Dividere gli alunni in gruppi di 5. Materiali: una scatola di cereali per ciascun gruppo, fogli di carta bianchi, forbici, colori, penne, matite, colla, riviste vecchie.

Nota d'interesse: molte scatole per cereali sono fatte con carta riciclata. Come la si può distinguere? Controlla l'interno della scatola: è grigia e quindi la carta è probabilmente riciclata. Questa informazione può essere usata per vendere i cereali?

Procedura:

Ciascun gruppo dovrà creare la copertina per una scatola di cereali, esplicitando i seguenti obiettivi: l'età del target, come intendono "vendere" il prodotto (su quali fattori puntare, immagini, valori, ecc.), quali tipi di messaggi medialti sceglierebbero per la campagna di comunicazione, e in che modo intenderebbero veicolarli.

SESSIONE 5. Creare una pubblicità: ideare l'affiche e scrivere la newsletter 1

Preparazione:

Materiali: pubblicità stampata per affissioni e newsletter – la maggior parte indirizzate ai bambini.

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, scanner

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Preparare la bozza per la creazione di un'affiche e realizzare una newsletter

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di discutere la pianificazione di una campagna di comunicazione, attraverso l'individuazione delle caratteristiche del target: i genitori
2. Gli alunni saranno in grado di creare un logo, un brand e uno slogan per il loro prodotto (frutta e verdura)
3. Gli alunni saranno in grado di realizzare la bozza per un'affiche e di produrre una newsletter

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
- 1h e 45' laboratorio

45'. Gli alunni, divisi in 3 gruppi, produrranno un logo, un brand e uno slogan per il loro prodotto (frutta e verdura) e stenderanno una bozza in un foglio A4 dell'affiche che intendono realizzare. Inoltre dovranno decidere che materiali utilizzare per realizzarla (pennarelli, pastelli, adesivi, collage, foto prese da giornali, foto fatte ex-novo, ecc...).

1h. Gli alunni di tutta la classe dovranno produrre la prima newsletter "Verde". Si troveranno titolo e sottotitolo attraverso un brainstorming. Poi ciascuno sarà chiamato a scrivere una frase sull'argomento "frutti o verdure verdi", le frasi saranno lette a voce e si comporrà un testo che tenga conto di tutti i concetti emersi. Qualora alcuni elementi importanti non emergessero, la dietista potrà stimolare ulteriori riflessioni. Verrà scelta la foto tra quelle a disposizione.

La newsletter sarà inviata ai genitori via mail o stampata e consegnata brevi manu il giorno stesso dal figlio.

Compito per casa: Diario alimentare su frutta e verdura per una settimana

Nota: discutere con gli alunni come procurarsi e portare i materiali necessari alla realizzazione dell'affiche.

SESSIONE 6. Creare una pubblicità: realizzare l'affiche

Preparazione:

Materiali: pubblicità stampata per affissioni e newsletter – la maggior parte indirizzate ai bambini.

Sussidio tecnologico: pc, proiettore

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Realizzazione di un'affiche e riflessione finale sui prodotti

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di realizzare insieme un'affiche con il nome del brand, il logo, lo slogan e la rappresentazione grafica del prodotto da pubblicizzare
2. Gli alunni saranno in grado di valutare criticamente i prodotti realizzati

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura, centrifuga, frullato)
- 1h e 45' laboratorio

1h e 15' Gli alunni, divisi in 3 gruppi, realizzeranno in un foglio A3 l'affiche pianificata nella sessione precedente.

30' Gli alunni di ciascun gruppo presenteranno il proprio prodotto al resto della classe illustrando le caratteristiche (linguistiche e semantiche) dell'affiche realizzata e si produrranno insieme riflessioni e commenti.

Le affiche saranno fotocopiate a colori (una per ciascun alunno in base ai gruppi), e saranno consegnate brevi manu il giorno stesso dal figlio.

Compito per casa: Compilare la scheda "Mangia seguendo la via dei colori".

SESSIONE 7. Creare una pubblicità: ideare uno spot e scrivere la newsletter 2

Preparazione:

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, scanner

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Stendere il soggetto di uno spot e realizzare una newsletter

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di ideare il soggetto di uno spot, tenendo conto del target genitori, del prodotto da pubblicizzare (frutta e verdura) e delle caratteristiche di una pubblicità per la tv

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
- 1h e 45' laboratorio

30'. Gli alunni, divisi in 3 gruppi, produrranno il soggetto di uno spot.

15'. Gli alunni di ciascun gruppo presenteranno il soggetto ideato alla classe; le idee saranno messe ai voti, e verrà individuato il soggetto dello spot che verrà realizzato.

1h. Gli alunni di tutta la classe dovranno produrre la seconda newsletter "Rosso". Si troveranno titolo e sottotitolo attraverso un brainstorming. Poi ciascuno sarà chiamato a scrivere una frase sull'argomento "frutti e verdure rossi", le frasi saranno lette a voce e si comporrà un testo che tenga conto di tutti i concetti emersi. Qualora alcuni elementi importanti non emergessero, la dietista potrà stimolare ulteriori riflessioni. Verrà scelta la foto tra quelle a disposizione.

La newsletter sarà inviata ai genitori via mail o stampata e consegnata brevi manu il giorno stesso dal figlio.

SESSIONE 8. Creare una pubblicità: realizzare uno storyboard e scrivere la newsletter 3

Preparazione:

Materiale: moduli per storyboard

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, scanner

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Disegnare lo storyboard di uno spot e realizzare una newsletter

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di disegnare lo storyboard di uno spot, tenendo conto delle scene ricavate dal soggetto, e delle caratteristiche di una pubblicità per la tv

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)

- 1h e 45' laboratorio

45'. Il soggetto scelto nella sessione precedente sarà diviso in scene. Gli alunni della classe saranno divisi in un numero di gruppi equivalente al numero di scene, e ciascun gruppo realizzerà lo storyboard di ciascuna scena.

15'. Verranno definiti i materiali di scena necessari alle riprese e verranno individuati gli alunni che dovranno procurarli.

45'. Gli alunni di tutta la classe produrranno la terza newsletter "Bianco". Si troveranno titolo e sottotitolo attraverso un brainstorming. Poi ciascuno sarà chiamato a scrivere una frase sull'argomento "frutti e verdure di colore bianco", le frasi saranno lette a voce e si comporrà un testo che tenga conto di tutti i concetti emersi. Qualora alcuni elementi importanti non emergessero, la dietista potrà stimolare ulteriori riflessioni. Verrà scelta la foto tra quelle a disposizione.

La newsletter sarà inviata ai genitori via mail o stampata e consegnata brevi manu il giorno stesso dal figlio.

SESSIONE 9. Creare una pubblicità: riprese dello spot per la tv e newsletter 4

Preparazione:

Materiale: telecamera, cavalletto, materiali di scena

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, scanner

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Realizzare le riprese per lo spot e realizzare una newsletter

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di realizzare le riprese di uno spot, tenendo conto delle scene disegnate nello storyboard, e delle caratteristiche di una pubblicità per la tv

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura, centrifuga, frullato)
- 1h e 45' laboratorio

1h. Gli alunni della classe prepareranno il set per le riprese e gireranno ciascuna scena prevista dagli storyboard.

45'. Gli alunni di tutta la classe produrranno la quarta newsletter "Blu-Viola". Si troveranno titolo e sottotitolo attraverso un brainstorming. Poi ciascuno sarà chiamato a scrivere una frase sull'argomento "frutti e verdure di colore blu-viola", le frasi saranno

lette a voce e si comporrà un testo che tenga conto di tutti i concetti emersi. Qualora alcuni elementi importanti non emergessero, la dietista potrà stimolare ulteriori riflessioni. Verrà scelta la foto tra quelle a disposizione.

La newsletter sarà inviata ai genitori via mail o stampata e consegnata brevi manu il giorno stesso dal figlio.

SESSIONE 10. Creare una pubblicità: riprese/montaggio dello spot e newsletter 5

Preparazione:

Materiale: telecamera, cavalletto, materiali di scena

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, scanner e pc con windows movie maker per gli alunni (aula informatica)

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Realizzare le riprese per lo spot, eventualmente iniziare il montaggio e realizzare una newsletter

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di realizzare le riprese di uno spot, tenendo conto delle scene disegnate nello storyboard, e delle caratteristiche di una pubblicità per la tv
2. Gli alunni saranno in grado di effettuare i tagli delle inquadrature con il programma di montaggio windows movie maker

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
- 1h e 45' laboratorio

1h. Gli alunni della classe prepareranno il set per le riprese e gireranno le eventuali scene rimaste. A seguire, in base al tempo rimanente, il girato sarà riversato nei pc e gli alunni cominceranno il montaggio.

45'. Gli alunni di tutta la classe produrranno la quinta newsletter "Giallo-Arancio". Si troveranno titolo e sottotitolo attraverso un brainstorming. Poi ciascuno sarà chiamato a scrivere una frase sull'argomento "frutti e verdure di colore giallo-arancio", le frasi saranno lette a voce e si comporrà un testo che tenga conto di tutti i concetti emersi. Qualora alcuni elementi importanti non emergessero, la dietista potrà stimolare ulteriori riflessioni. Verrà scelta la foto tra quelle a disposizione.

La newsletter sarà inviata ai genitori via mail o stampata e consegnata brevi manu il giorno stesso dal figlio.

SESSIONE 11. Creare una pubblicità: montaggio dello spot e newsletter 6

Preparazione:

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, scanner e pc con windows movie maker per gli alunni (aula informatica)

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Montare le inquadrature girate per lo spot e realizzare una newsletter

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di montare le riprese realizzate, tenendo conto delle scene disegnate nello storyboard (riordinando le inquadrature ed eliminando quelle sbagliate), e delle caratteristiche di una pubblicità per la tv

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
- 1h e 45' laboratorio

1h. Gli alunni effettueranno il montaggio di ciascuna scena girata divisi in gruppi.

45'. Gli alunni di tutta la classe produrranno la sesta newsletter "Frutta da bere". Si troveranno titolo e sottotitolo attraverso un brainstorming. Poi ciascuno sarà chiamato a scrivere una frase sull'argomento "succhi di frutta e funzioni nell'alimentazione quotidiana", le frasi saranno lette a voce e si comporrà un testo che tenga conto di tutti i concetti emersi. Qualora alcuni elementi importanti non emergessero, la dietista potrà stimolare ulteriori riflessioni. Verrà scelta la foto tra quelle a disposizione.

La newsletter sarà inviata ai genitori via mail o stampata e consegnata brevi manu il giorno stesso dal figlio.

SESSIONE 12. Creare una pubblicità: fine montaggio dello spot e fruizione

Preparazione:

Sussidio tecnologico: pc, proiettore, e pc con windows movie maker per gli alunni (aula informatica)

Conduttori: Elena Grassi e Simona Dalla Pria

Focus della sessione:

Montare le inquadrature girate per lo spot e stimolare un'analisi critica del prodotto realizzato

Obiettivi:

1. Gli alunni saranno in grado di montare le riprese realizzate, tenendo conto delle scene disegnate nello storyboard (riordinando le inquadrature ed eliminando quelle sbagliate), delle eventuali musiche e inserti grafici da aggiungere, e delle caratteristiche di una pubblicità per la tv
2. Gli alunni saranno in grado di analizzare criticamente lo spot da loro realizzato

Programma

- 15' merenda (frutta o verdura)
- 1h e 45' laboratorio

1h. Gli alunni termineranno il montaggio di ciascuna scena girata divisi in gruppi.

45'. Gli alunni visioneranno insieme lo spot completo e lo analizzeranno in base alle domande stimolo e/o alla rubrica della sessione n. 2.

Il video sarà masterizzato e consegnato ai genitori brevi manu dal figlio.

Allegato 5. Griglia di osservazione

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DELL'INTERVENTO

Scuola: Classe Data.....
 Ora d'inizio dell'Osservazione: Ora della fine: Luogo:
 Osservatore: Conduttore/i della sessione:
 Numero di ragazze: Numero di ragazzi: Numero totale di alunni presenti alla sessione:

| INDICATORI | SI' | NO | Non previsto |
|--|-----|----|--------------|
| Durante la sessione gli alunni sono in pausa per 15 minuti Commento: | | | |
| Tutti gli alunni ricevono la merenda di frutta Commento: | | | |
| Tutti i contenuti della parte didattica della sessione sono stati trattati Commento: | | | |
| La parte didattica della sessione dura circa un'ora (tra i 45 e i 60 minuti) Commento: | | | |
| Gli alunni sono coinvolti nelle attività presentate durante la parte didattica della sessione Commento: | | | |
| Gli alunni sembrano apprezzare le attività presentate durante la parte didattica della sessione Commento: | | | |
| Tutti gli aspetti della parte interattiva/laboratorio della sessione sono stati trattati Commento: | | | |
| La parte interattiva/laboratorio della sessione dura circa un'ora (tra i 45 e i 60 minuti) Commento: | | | |
| Gli alunni sono coinvolti nelle attività presentate durante la parte interattiva/laboratorio della sessione Commento: | | | |
| Gli alunni sembrano apprezzare le attività presentate durante la parte interattiva/laboratorio della sessione Commento: | | | |
| Il/i conduttore/i della sessione dimostra/dimostrano entusiasmo Commento: | | | |
| Quando serve, viene chiesto di portare materiale da casa | | | |
| Se viene chiesto di portare materiale da casa, questa richiesta è segnata nel programma dell'intervento come "Richiesta". | | | |
| Quando serve, gli alunni riportano dei fogli firmati dai genitori, che attestano la loro esposizione ai messaggi mediali prodotti dai figli. | | | |

Il «fuoco» nella frutta



E' rossa come il fuoco, ricca di vitamina C, perfetta per le spremute e per arricchire la macedonia. Succosa, dolce ed un po' aspra, ideale a colazione o merenda: aiuta a stare meglio e a prevenire le malattie, anche quelle invernali.

*Rinfresca la tua colazione
con l'arancia in questa stagione!*

Consigli di salute in BIANCO



Cavolo: è buono al vapore, ben caldo, al naturale o con un po' di aceto sopra. Se lo mangi assieme al riso ti viene un sorriso!



Finocchio: crudo, tagliato sottile sottile assieme all'insalata, oppure a pezzi grossi in un bel pinzimonio. Ha un gusto equilibrato, si può mangiare in mille modi ed è buono e dolce anche senza condimento.

**Ogni giorno almeno 2 porzioni di verdura
per avere una salute più sicura!**

Allegato 7. Esempi di affiche



Allegato 8. Traccia del focus group

Scaletta domande FOCUS GROUP ricerca “Promuovere la salute attraverso l’educazione mediale”

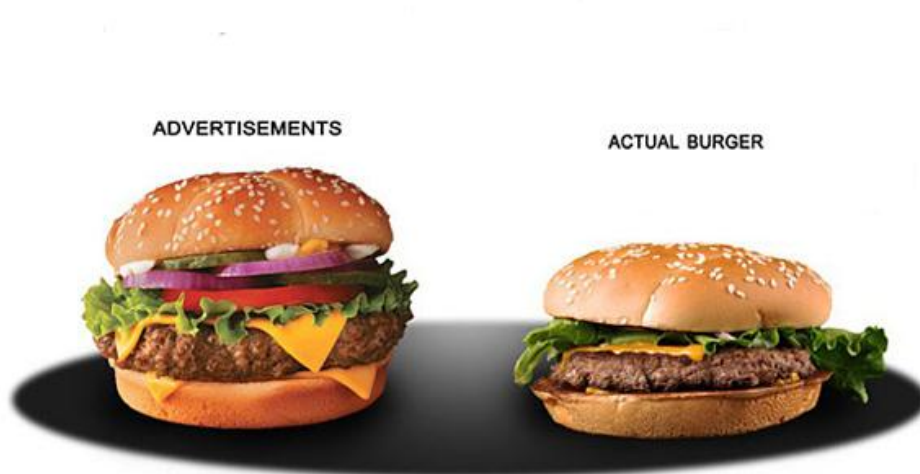
Introduzione: Ciao ragazzi, siamo qui per sapere le vostre opinioni riguardo all’esperienza del laboratorio che abbiamo fatto. Vi farò delle semplici domande a cui potrete rispondere anche senza alzare la mano. Le opinioni di tutti sono importanti e vanno rispettate e ascoltate, perché non esistono risposte giuste o sbagliate. La Dottoressa Simona prenderà degli appunti durante la nostra conversazione che verrà registrata per permetterci di riascoltare le vostre opinioni, dalle quali possiamo imparare molto. Tutto chiaro? Cominciamo?

Immagine stimolo – FOTO CON FRUTTA VERDURA



1. Cosa vi fa venire in mente questa foto?
2. Cos’avete imparato dal laboratorio riguardo a frutta e verdura?
3. Qual è la cosa più importante che avete imparato?
4. Cosa significa “mangiare in modo sano” per voi?
5. Perché, secondo voi, è importante “mangiare in modo sano”?

Immagine stimolo – FOTO CON HAMBURGER PUBBLICIZZATO/REALE



6. Che cosa vi fa venire in mente questa foto?
7. Che cosa avete imparato sulla pubblicità e sui mass media?
8. Che cosa avete imparato sulla pubblicità e sui mass media facendo voi stessi una campagna pubblicitaria?

Immagine stimolo – FOTO con una NEWS LETTER creata da loro

Mangiare bene in viola



Fichi freschi: dolcissimi ...
è buona anche la buccia!
Con loro si possono farcire le torte
e fare le marmellate,
inoltre sono ottimi a merenda
o addirittura assieme al formaggio.



Frutti di bosco: gustosi, dolci e
aspri allo stesso tempo.
Puoi anche raccogliarli nei boschi e
aggiungerli allo yogurt a colazione.
I loro colori vivaci
rallegrano tutti i pasti!

Viola o blu, stai meglio tu!

9. Perché avete fatto questa campagna di comunicazione? Per promuovere che cosa? A chi era destinata?

10. Secondo voi, i vostri genitori hanno imparato qualcosa dalla vostra campagna di comunicazione? Che cosa?

E che cosa hanno detto del laboratorio che abbiamo fatto?

11. Pensate che questo laboratorio vi abbia aiutati a mangiare in modo più sano?

Ad ogni risposta, se non esce spontanea la motivazione, si chiede “Perché”?

Adesso vi consegno un breve questionario, da fare subito, che ci aiuterà a proseguire con la discussione → Consegna questionario INTENZIONI DI COMPORTAMENTO

ALCUNE DOMANDE SULLE TUE INTENZIONI

Rispondi per favore alle seguenti domande sulle tue **intenzioni di mangiare frutta e verdura in futuro**.

Le tue risposte sono riservate e saranno viste solo dai ricercatori.

Istruzioni: leggi ciascuna frase con attenzione e segna il numero da 1 a 6, nella tabella, in base al tuo grado di accordo o disaccordo con ciascuna affermazione.

| | | Molto d'accordo | D'accordo | Un po' d'accordo | Un po' in disaccordo | In disaccordo | Molto in disaccordo |
|----|--|-----------------|-----------|------------------|----------------------|---------------|---------------------|
| 1. | Ho intenzione di mangiare più frutta fresca | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Ho intenzione di mangiare più verdura fresca cruda | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ho intenzione di mangiare più verdura cotta | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Ho intenzione di bere più succo al 100% frutta | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Ho intenzione di mangiare almeno 3 porzioni di frutta al giorno | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Ho intenzione di mangiare almeno 2 porzioni di verdura al giorno | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

12. Bene, avete segnato quali sono le vostre intenzioni per il futuro. Che cosa potrebbe aiutarvi a realizzare le vostre intenzioni? – oppure – c'è qualcosa che può aiutarvi a mangiare più frutta e verdura?

13. Che cosa vi è piaciuto di più del laboratorio?

14. C'è qualcosa che non vi è piaciuto?

15. Cosa cambiereste?

16. C'è qualcos'altro che non vi ho chiesto riguardo al laboratorio che vorreste dirmi?

Allegato 9. Famiglie di codici

Conoscenze Salute

conoS-bevande_ al 30% frutta hanno zucchero
conoS-bevande_ al 10% frutta
conoS-bevande_ al gusto di frutta senza frutta
conoS-bevande_ al nettare di

conoS-cibo spazzatura_hamburger fast food
conoS-cibo spazzatura_McDonald
conoS-cibo spazzatura_patatine
conoS-cibo spazzatura_salse

conoS-FV_ mangiarle di stagione
conoS-FV_ puliscono l'intestino
conoS-FV_ al posto di cibo spazzatura
conoS-FV_banana contiene potassio
conoS-FV_ contengono acqua
conoS-FV_ contengono sali minerali
conoS-FV_ contengono vitamine
conoS-FV_ sono nutrienti
conoS-FV_ fanno meglio dei cibi salati
conoS-FV_ fanno meglio del cibo spazzatura
conoS-FV_ la patata non vi fa parte
conoS-FV_ mangiarle ovunque
conoS-FV_ mangiarne 5 volte
conoS-FV_ mangiarne sempre
conoS-FV_ mangiarne tanta
conoS-FV_ migliorano la vita
conoS-FV_ preferirle biologiche
conoS-FV_ proteggono dalle malattie
conoS-FV_ sceglierle di colore diverso
conoS-FV_ sono ottime per lo sport

conoS-mangSano_pane pasta
conoS-mangSano_pasti equilibrati
conoS-mangSano_pesce
conoS-mangSano_succhi 100% frutta

Conoscenze Media

conoM-pubblicità_ attenzione al cliente
conoM-pubblicità_ conoscere il prodotto
conoM-pubblicità_ è diversa dalla realtà
conoM-pubblicità_ fasi realizzazione

Concezioni Salute

concS-carne e pasta_fanno bene

concS-cibo spazzatura_certe volte
concS-cibo spazzatura_da evitare
concS-cibo spazzatura_fa ingrassare
concS-cibo spazzatura_fa venire il cancro
concS-cibo spazzatura_fa venire malattie
concS-cibo spazzatura_mangiarne poco
concS-cibo spazzatura_non fa bene
concS-cibo spazzatura_pesante

concS-FV_ fanno bene alla salute
concS-FV_al posto di cibo spazzatura
concS-FV_bisogna provarle
concS-FV_danno energia
concS-FV_fanno parte della sana alimentazione
concS-FV_fanno venire in mente la felicità
concS-FV_fanno venire voglia di mangiarle
concS-FV_fanno diventare più robusto
concS-FV_fanno parte della natura
concS-FV_genitori trascurano importanza
concS-FV_migliorano il corpo
concS-FV_migliorano la circolazione del sangue
concS-FV_possono essere una merenda
concS-FV_si possono mangiare ai pasti
concS-FV_sono buone

concS-mangSano_dà energie
concS-mangSano_è buono
concS-mangSano_è una cosa bella
concS-mangSano_fa diventare più robusto
concS-mangSano_fa sentire felice
concS-mangSano_fa sentire meglio
concS-mangSano_mantiene salute
concS-mangSano_non ingrassa
concS-mangSano_protegge dalle malattie
concS-mangSano_regolarsi con i cibi

concS-spremuta_al posto di frutto
concS-spremuta_può essere una merenda

Concezioni Media

concM-pubblicità_ bisognerebbe fosse più di cibi salutari che di cibi spazzatura
concM-pubblicità_attira la gente
concM-pubblicità_bisognerebbe fosse realistica
concM-pubblicità_è diversa dalla realtà
concM-pubblicità_inganna
concM-pubblicità_quella di FV non è negativa
concM-pubblicità_spinge a comprare

Abilità di Analisi Critica

Ab.Analisi-media_ci influenzano
Ab.Analisi-media_sfruttano l'estetica

Ab.Analisi-pubblicità_è diversa da ciò che compri
Ab.Analisi-pubblicità_finalizzata a far comprare
Ab.Analisi-pubblicità_mostra felicità
Ab.Analisi-pubblicità_non farsi influenzare
Ab.Analisi-pubblicità_sfrutta l'estetica

Abilità di Espressione

Ab.Espressione-creare uno slogan
Ab.Espressione-curare la regia
Ab.Espressione-definire il logo
Ab.Espressione-definire il parlato e i suoni del video
Ab.Espressione-fare dei cartelloni
Ab.Espressione-fare delle foto
Ab.Espressione-fare il montaggio
Ab.Espressione-fare le copertine dei prodotti
Ab.Espressione-fare le newsletter
Ab.Espressione-fare lo storyboard
Ab.Espressione-fare una pubblicità non ingannevole
Ab.Espressione-identificare il fine del messaggio mediale
Ab.Espressione-identificare il messaggio della pubblicità
Ab.Espressione-identificare il target
Ab.Espressione-realizzare un video
Ab.Espressione-recitare nello spot
Ab.Espressione-scegliere inquadrature

Comportamento

comp-assaggiare nuovi cibi
comp-eliminare i cibi spazzatura
comp-farsi comprare FV
comp-imparare a mangiare FV
comp-imparare a mangiare meno cibo spazzatura
comp-imparare a mangiare sano
comp-incitare a mangiare cibi salutari
comp-mangiare FV durante il laboratorio
comp-mangiare FV facendo sport
comp-offrire cibi salutari
comp-portarsi da casa un frutto
comp-preferire FV a cibo spazzatura
comp-ricordarsi di mangiare FV
comp-rispettare una buona alimentazione

Modifiche del comportamento

modComp- mangiare meno cibo spazzatura
modComp-leggere le etichette dei cibi
modComp-mangiare più FV
modComp-nascondere cibo spazzatura
modComp-piacere di mangiare FV

Rinforzo Esterno Positivo

Rinf.Est. Pos-strumenti_diario alimentare
Rinf.Est. Pos-strumenti_promemoria
Rinf.Est.Pos-strumenti_newsletter e spot
Rinf. Est. Pos-strumenti_cartellone pubblicitario

Rinf.Est.Pos- contesto_ indisponibilità cibi spazzatura
Rinf.Est.Pos-contesto_disponibilità cibi salutari
Rinf.Est.Pos-contesto_disponibilità FV

Rinf.Est.Pos-supp. amici_offrono FV
Rinf.Est. Pos- supp. amici_mangiano cibi salutari

Rinf.Est. Pos-supp. altri_mangiano FV
Rinf.Est. Pos-supp. altri_offrono cibi sani al posto di cibi spazzatura
Rinf.Est. Pos-supp. altri_offrono FV

Rinf.Est. Pos-supp.genitori_comprano succo 100%
Rinf.Est. Pos-supp.genitori_incitano a mangiare FV
Rinf.Est. Pos-supp.genitori_non comprano cibo spazzatura
Rinf.Est.Pos-supp.genitori_capiscono FV importante
Rinf.Est.Pos-supp.genitori_comprano cibi salutari

Rinf.Est.Pos-suppl.genitori_comprano più FV
Rinf.Est.Pos-suppl.genitori_fanno mangiare ai bambini più FV
Rinf.Est.Pos-suppl.genitori_mangiano FV
Rinf.Est.Pos-suppl.genitori_mangiano meno cibo spazzatura
Rinf.Est.Pos-suppl.genitori_offrono FV
Rinf.Est.Pos-suppl.genitori_parlano di come mangiare FV
Rinf.Est.Pos-suppl.genitori_ricordano di mangiare FV

Rinforzo Interno Positivo

Rinf.Int. Pos- provare nuovi modi di mangiare
Rinf.Int. Pos-cercare di mangiare FV
Rinf.Int. Pos-darsi obiettivo di mangiare più FV
Rinf.Int. Pos-farsi piacere la frutta
Rinf.Int. Pos-rispettare le 5 volte FV
Rinf.Int. Pos-sapere che cibo spazzatura fa male
Rinf.Int. Pos-sapere che FV rendono più sani
Rinf.Int.Pos-volontà di mangiare FV

Rinforzo Esterno Negativo

Rinf. Est. Neg-contesto_indisponibilità FV
Rinf.Est Neg-contesto_le feste
Rinf.Est. Neg-contesto_disponibilità cibo spazzatura

Rinf.Est.Neg-suppl.amici_mangiano cibo spazzatura
Rinf.Est.Neg-suppl.amici_vanno al McDonald

Rinf.Est. Neg-suppl.altri_mangiano cibo spazzatura
Rinf.Est. Neg-suppl.altri_offrono cibo spazzatura

Rinf.Est. Neg-suppl.genitori_mangiano cibo spazzatura

Rinforzo Interno negativo

Rinf.Int. Neg-difficoltà a resistere al cibo spazzatura

Aspetti Positivi del laboratorio

- Lab.Pos-bambini_guardare lo spot fatto
 - Lab. Pos-bambini_modifica i gusti
 - Lab. Pos-bambini_aiuta a mangiare più FV
 - Lab. Pos-bambini_andare al Parco Alberi Parlanti
 - Lab. Pos-bambini_attività fatte con entusiasmo
 - Lab. Pos-bambini_attività fatte con piacere
 - Lab. Pos-bambini_buoni consigli per noi e genitori
 - Lab. Pos-bambini_convinto i genitori a mangiare FV
 - Lab. Pos-bambini_descrivere FV
 - Lab. Pos-bambini_esperienza nuova
 - Lab. Pos-bambini_è divertente
 - Lab. Pos-bambini_è fighissimo
 - Lab. Pos-bambini_è interessante
 - Lab. Pos-bambini_è istruttivo
 - Lab. Pos-bambini_fare copertine prodotti
 - Lab. Pos-bambini_fare delle foto
 - Lab. Pos-bambini_fare i cartelloni
 - Lab. Pos-bambini_fare il montaggio
 - Lab. Pos-bambini_fare le newsletter
 - Lab. Pos-bambini_fare le riprese
 - Lab. Pos-bambini_fare lo spot
 - Lab. Pos-bambini_fare tutte le attività
 - Lab. Pos-bambini_giocare ai quiz
 - Lab. Pos-bambini_ha dato molte info
 - Lab. Pos-bambini_imparato a insegnare a mangiare bene
 - Lab. Pos-bambini_imparato a mangiare meno cibo spazzatura
 - Lab. Pos-bambini_mangiare FV
 - Lab. Pos-bambini_recitare nello spot
 - Lab. Pos-bambini_scegliere le musiche per lo spot
 - Lab. Pos-bambini_stimola creatività
 - Lab. Pos-bambini_vedere cartelloni degli altri
-
- Lab. Pos-genitori_è adatto ai bambini
 - Lab. Pos-genitori_aiuta i bambini a stare in salute
 - Lab. Pos-genitori_è divertente
 - Lab. Pos-genitori_è una guida per il futuro
 - Lab. Pos-genitori_è utile
 - Lab. Pos-genitori_fanno da mangiare più FV
 - Lab. Pos-genitori_ha insegnato la sana alimentazione
 - Lab. Pos-genitori_imparato a diminuire cibo spazz e aumentare FV
 - Lab. Pos-genitori_mangiano FV
 - Lab. Pos-genitori_mangiano meno cibo spazzatura
 - Lab. Pos-genitori_mettere cesto F in casa
 - Lab. Pos-genitori_mettere FV in tavola
 - Lab. Pos-genitori_modifica il comportamento bambini
 - Lab. Pos-genitori_offrono FV
 - Lab. Pos-genitori_piacciono i prodotti mediali
 - Lab. Pos-genitori_prodotti mediali creativi

Lab. Pos-genitori_sapere importanza vitamine
Lab. Pos-genitori_stimola creatività

Aspetti Negativi del laboratorio

Lab. Neg-bambini_aspetto competitivo quiz
Lab. Neg-bambini_fare le newsletter
Lab. Neg-bambini_premi diversi per i quiz

Modifiche al laboratorio

Lab. Mod-bambini_dare premi uguali a tutti
Lab. Mod-bambini_fare campagna pubbl. FV per bambini più piccoli
Lab. Mod-bambini_fare più giochi di quiz
Lab. Mod-bambini_fare un cartone animato
Lab. Mod-bambini_newsletter più colorate
Lab. Mod-bambini_togliere competizioni nei quiz
Lab. Mod - bambini _ fare più questionari di ricerca
Lab. Mod - bambini_ progetto per un tempo maggiore
Lab. Mod - bambini_ tenere diario alimentare più spesso
Lab. Mod - bambini_fare questionari di ricerca a sorpresa