



Università degli Studi Milano

Scuola di Dottorato in Scienze della Nutrizione

XXIX ciclo

Dipartimento di Fisiopatologia
Medico-Chirurgica e dei Trapianti

Tesi di Dottorato di Ricerca

M-PSI/01

***Stile di vita e benessere psicofisico nei
bambini della scuola primaria.
Uno studio esplorativo.***

Tesi di Dottorato di
Elena Arrivabene
Matricola R10460

Tutor

Chiar.ma Prof.ssa Antonella Delle Fave

Coordinatore

Chiar.mo Prof. Luciano Pinotti

Anno Accademico 2015/2016

SOMMARIO

Ringraziamenti.....	5
Abstract.....	6
Abstract.....	8
CAPITOLO I - MODELLI TEORICI E STUDI DI RIFERIMENTO	10
Modelli di salute	10
Il modello biomedico	10
Il modello biopsicosociale.....	11
La promozione della salute	12
I documenti internazionali.....	12
Il ruolo della nutrizione e dell'attività fisica.....	14
Salute e disabilità	18
Concetto di disabilità e classificazioni.....	18
L'International Classification of Functioning, Disabilities and Health	19
Benessere e qualità della vita	22
Il benessere.....	24
La psicologia positiva	25
Il benessere soggettivo	26
La teoria della selezione psicologica.....	27
La teoria dell'autodeterminazione.....	28
La teoria del benessere psicologico.....	28
Il benessere scolastico	30
L'autoefficacia.....	31
La resilienza e il coping.....	32
La personalità	34
Conclusione.....	36
CAPITOLO II – LA RICERCA: SCUOLA, CRESCITA, SALUTE PSICOFISICA	37
Introduzione	37
Campione	38
Procedura della ricerca.....	38
Strumenti.....	39
Batteria per gli alunni.....	39
Stile di vita	40
Qualità della vita	40
Benessere soggettivo	41
Autoefficacia	41
Benessere eudaimonico	42
Personalità	43
Batteria per i genitori e gli insegnanti	43
Questionario multiscopo ISTAT	43
PWB-18 - Psychological Well-being Scales.....	43
BFQ-C Big Five Questionnaire for Children etero-somministrato	44
Questionario Variabili Demografiche	44
Tecniche di analisi dei dati	44
Studio 1 – Salute, stile di vita e qualità della vita	45
Obiettivi e ipotesi di ricerca	45
Risultati	45
Stato nutrizionale degli adulti.....	45
Stato nutrizionale dei bambini.....	46
Dieta	48
Sport e attività fisica.....	50
La qualità della vita collegata alla salute.....	50

Studio 2 - Il benessere e la personalità.....	52
Obiettivi.....	52
Risultati.....	52
Soddisfazione di vita.....	52
Benessere psicologico.....	53
Autoefficacia.....	59
Personalità.....	60
Correlazioni.....	60
Regressioni.....	62
 CAPITOLO III - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	 64
Discussione.....	64
Punti di forza e limiti.....	69
Conclusione.....	70
 BIBLIOGRAFIA.....	 71

Ringraziamenti

Il percorso di ricerca del dottorato è iniziato in uno dei momenti più difficili e dolorosi della mia vita. Ciò nonostante è stato occasione di approfondimento e arricchimento professionale e personale, esperienza nuova, motivante e coinvolgente, spesso esperienza di flow.

Per avermi guidata in questi anni ringrazio, in particolare, la Prof.ssa Antonella Delle Fave, per la quale nutro grande stima e rispetto, per la sua dedizione all'attività accademica e per la sua grande umanità. Mi ha aperto nuovi orizzonti di conoscenza e mi ha accompagnata con pazienza, disponibilità e affetto. Grazie! Ringrazio i coordinatori della scuola di dottorato: il Professor Gianvincenzo Zuccotti prima ed il Professor Luciano Pinotti poi, che mi hanno supportata nei momenti di difficoltà.

Ringrazio tutti i colleghi dottorandi con cui ho condiviso momenti di leggerezza e momenti duri e che in molte occasioni hanno dato il loro contributo alla realizzazione di questo progetto.

Ringrazio i dirigenti scolastici, gli insegnanti, i genitori e i bambini che hanno reso possibile la realizzazione della ricerca.

Ringrazio tutti i familiari e amici, per la loro vicinanza.

Ringrazio i miei figli, per aver sopportato e sostenuto questa mamma sempre troppo impegnata.

Ringrazio infine Andrea, per esserci sempre.

Abstract

Background

La ricerca ha affrontato il tema del benessere psicofisico, inserendosi nella cornice teorica del paradigma biopsicosociale assunto nella definizione di salute della WHO. Sono stati presi in considerazione i diversi modelli di salute ed il problema della promozione della salute, con particolare attenzione ai bambini con disabilità, facendo riferimento anche all'International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF). A livello empirico lo studio si è focalizzato sull'analisi di alcune dimensioni del benessere psicologico che concorrono alla promozione della salute, globalmente intesa, utilizzando come riferimento costrutti derivati dagli studi sulla personalità e dalle teorie della Psicologia Positiva.

Obiettivi

Lo studio si proponeva di esplorare alcuni aspetti del benessere psicofisico dei bambini a sviluppo tipico e con disabilità. Sono stati presi in esame lo stato nutrizionale e lo stile di vita, per valutare la possibilità di intervenire a livello educativo e sociale. È stata esaminata la percezione di qualità della vita correlata alla salute nei bambini. Sono stati indagati alcuni aspetti del benessere psicologico, nonché la personalità dei partecipanti, per comprenderne le relazioni. È stato infine esplorato il benessere psicologico di genitori e insegnanti per valutarne la relazione con il benessere dei bambini, in particolare di quelli con disabilità.

Metodo

La ricerca ha coinvolto 515 partecipanti: 426 alunni, di cui 363 a sviluppo tipico e 63 con disabilità o disturbi dell'apprendimento, 33 genitori e 56 insegnanti. Il campione è stato suddiviso poi in gruppi diversi, in base agli specifici obiettivi di indagine. Sono stati somministrati strumenti volti ad indagare lo stato di salute, lo stile di vita (Questionario Multiscopo ISTAT), la qualità della vita correlata alla salute (*PedsQL – Pediatric Quality of Life Inventory* Varni, J.W., 1999; 2001; versione italiana Trapanotto, M., et al., 2009), la soddisfazione di vita (MSLSS - *Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale* Huebner, 1994; Huebner et al.,

1998; validazione italiana: Zappulla et al., 2014), il benessere psicologico (PWB-18 - *Psychological Well-being Scales*, Ryff, D., 1995; versione italiana Ruini et al., 2003), l'autoefficacia scolastica (*ASCP - Scala di autoefficacia scolastica percepita* validazione italiana: Pastorelli et al., 2001a) ed il profilo di personalità (*BFQ-C C Big Five Questionnaire for Children*, validazione italiana: Barbaranelli, Caprara e Rabasca, 1998b, auto ed etero-somministrato).

Risultati

I dati raccolti, nonostante la necessità di ulteriore approfondimento, hanno evidenziato alcune differenze significative nello stile di vita dei partecipanti, meno salutare nei bambini con disabilità. I valori di qualità della vita ed i livelli di benessere psicologico non hanno mostrato invece differenze significative tra i bambini a sviluppo tipico e con disabilità. Il benessere dei bambini è risultato correlato a fattori personali sia stabili (tratti di personalità) che modificabili attraverso l'apprendimento e l'interazione con l'ambiente (autoefficacia), nonché a fattori sociali contestuali (benessere di genitori e insegnanti).

Conclusione

Questo lavoro fornisce alcuni suggerimenti sull'opportunità di ampliare gli interventi di promozione della salute rivolti soprattutto ai bambini con disabilità. Progetti di promozione del benessere basati su una prospettiva integrata biopsicosociale e che facciano leva sulle risorse personali e contestuali, rivolti a tutti i gruppi di bambini, potrebbero innescare circoli virtuosi di sviluppo in ambito educativo e sociale.

Abstract

Background

This research project was aimed at investigating psycho-physical well-being through the lens of the bio-psycho-social model, endorsed by the World Health Organization (WHO) in the definition of health as state of complete well-being. The different health models and the challenges of health promotion were explored with a specific focus on the issue of disability in children, interpreted within the framework of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF). At the empirical level, psychological well-being components contributing to global health promotion were investigated, based on constructs developed in the domains of personality studies and Positive Psychology.

Goals

The major study aim was the investigation of psycho-physical well-being in children with typical development and with disabilities. Data were collected on their nutritional status, lifestyle and health-related quality of life, in order to identify risk factors and problematic aspects, and envisage potential educational and social interventions. As concerns psychological dimensions, data were collected on various well-being components, as well as on personality. Parents' and teachers' well-being was also assessed, in order to investigate correlations with the well-being of children, with particular attention to children with disability.

Method

This study involved 515 participants. Among them, 426 were children, 363 with typical development and 63 with disabilities or learning disorders; 33 participants were parents and 56 teachers. The sample was further divided into groups, in order to address different issues within the general study aims. The research tools included measures of health and lifestyle (Questionario Multiscopo ISTAT), health-related quality of life (*PedsQL – Pediatric Quality of Life Inventory* Varni, J.W., 1999; 2001; italian version Trapanotto, M., et al., 2009), life satisfaction

(MSLSS - *Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale* Huebner, 1994; Huebner et al., 1998; italian validation: Zappulla et al., 2014), psychological well-being (PWB-18 - *Psychological Well-being Scales*, Ryff, D., 1995 – Italian version Ruini et al., 2003), academic self-efficacy (*ASCP - Scala di autoefficacia scolastica percepita* italian validation: Pastorelli et al., 2001a), and personality profiles (*BFQ-C C Big Five Questionnaire for Children*, validazione italiana: Barbaranelli, Caprara e Rabasca, 1998b, self and proxy-administration).

Results

Some significant differences were detected in participants' lifestyle, overall less healthy among children with disabilities. No significant differences instead emerged between children with typical development and children with disabilities in health-related quality of life and life satisfaction values. Findings also highlighted significant relationships of children's well-being with both stable personality traits and the context sensitive dimension of academic self-efficacy. Finally, correlations emerged between children's well-being and the well-being of their teachers and parents. Findings are however exploratory, and further studies are needed to better disentangle these relationships.

Conclusion

The findings obtained through this study provide some hints about possible intervention strategies to appropriately promote the psychophysical health and well-being of children, especially those with disabilities. Projects grounded into an integrated biopsychosocial view of health and well-being, and capitalizing on personal and contextual resources, may prove more effective in triggering virtuous developmental circles, in both the educational and social domains.

Capitolo I - Modelli teorici e studi di riferimento

Il tutto sta contemporaneamente in rapporto con il tutto

AUTHIER LÉVY (1997)

Modelli di salute

Il modello biomedico

Nel pensiero umano, l'idea di salute assume molteplici configurazioni dipendenti dallo spazio e dal tempo. Nel mondo occidentale, gli antichi la consideravano un dono degli dei e ritenevano che la guarigione fosse un fenomeno magico o religioso. La medicina delle origini, fondata sull'osservazione e centrata sul paziente, da Ippocrate a Galeno e fino al XVII secolo (con l'eccezione della scuola di Cnido), riteneva che la malattia e la salute di una persona dipendessero da circostanze insite nella persona stessa (Signore, 2013).

Successivamente, la scoperta dei microrganismi e del loro ruolo nella patogenesi consente l'affermazione della teoria dei germi, ponendo le basi della medicina moderna. In seguito, il perfezionamento della medicina diagnostica sposta il focus della pratica medica dal paziente alla malattia, con il conseguente sviluppo di preziose conoscenze fisiche, chimiche e biologiche. La teoria dei germi e la medicina diagnostica contribuiscono alla definizione del *modello biomedico*, che razionalizza i processi di diagnosi e cura, attraverso protocolli e linee guida standardizzati e scientifici. Questo modello assume una prospettiva deterministica, fondata sulla misurazione oggettiva e quantitativa del funzionamento dell'organismo, della salute (salute oggettiva, appunto) e dell'efficacia delle terapie. Tale approccio porta indubbi vantaggi e notevoli progressi nelle conoscenze e nella cura delle malattie, ma conduce alla perdita dello sguardo olistico e ad una visione riduzionistica della malattia stessa (Delle Fave & Bassi, 2013).

Il modello biopsicosociale

La costituzione della World Health Organization (1946) propone una nuova definizione di salute: non mera assenza di malattia, ma stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale. Tale definizione è la base sulla quale poggia la riflessione teorica di Engel (1977). Egli analizza sistematicamente i limiti del modello biomedico e propone un paradigma capace di dare rilievo a tutte le dimensioni del funzionamento umano, da quella biologica, a quella psicologica, a quella sociale, in linea con la definizione di salute della WHO, valorizzando anche la prospettiva soggettiva nella cura, nella prevenzione e nella promozione della salute: il *modello biopsicosociale*, che si fonda sulla teoria dei sistemi e assume che ciascuna dimensione integri le altre e le influenzi. Nonostante i limiti evidenziati dalla critica a questo modello, esso ha comunque stimolato la riflessione sulla salute, sottolineando la complessità di tale concetto, ampliando di conseguenza il campo di studio, con il contributo di altri settori disciplinari (in particolare psicologia, sociologia e antropologia) e, soprattutto, riportando al centro dell'attenzione scientifica il paziente come persona, la sua prospettiva e il contesto sociale in cui egli vive.

Nel processo evolutivo di questa visione della salute gioca un ruolo fondamentale la consapevolezza della realtà, che nell'epoca postmoderna si configura come ambigua, indefinita, caratterizzata da una complessità non governabile con paradigmi interpretativi di tipo lineare/causale (Rodger, 2004). Si tratta di una realtà che può essere compresa utilizzando le teorie che si occupano della complessità in diverse discipline.

Le importanti implicazioni di questo cambiamento si osservano sia a livello di ricerca che di intervento: per costruire programmi efficaci è necessario un approccio globale e integrato, che consideri non solo la patologia in sé ma anche le problematiche sociali, economiche, culturali e psicologiche che ne influenzano la sintomatologia e il decorso. La progettazione di interventi terapeutici e riabilitativi deve avvalersi dell'apporto diretto degli utenti, per raccogliere informazioni sulla qualità di vita da essi soggettivamente percepita, sulla disponibilità di risorse personali, familiari e sociali, sulla possibilità di reperire nell'ambiente opportunità di azione adeguate alle potenzialità individuali. Solo in questo modo gli interventi possono soddisfare le effettive esigenze delle persone,

anziché rispecchiare le aspettative sociali e medico-cliniche – non sempre corrispondenti a bisogni reali degli individui.

La promozione della salute

I documenti internazionali

L'attenzione delle organizzazioni internazionali ai temi della salute e della prevenzione è radicata nel tempo. Come precedentemente riportato, la salute è intesa come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale (WHO, 1946). È, inoltre, la maggiore risorsa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è un'importante dimensione della qualità della vita. Può essere favorita o danneggiata da fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici (WHO, 1986).

Nel 1978, a seguito della International Conference on Primary Health Care, la World Health Organization e la United Nation Children's Fund (UNICEF) pubblicano la "Declaration of Alma-Ata" (WHO, 1978). In essa si riprende la definizione del 1946 e si afferma che la salute è un diritto umano fondamentale. Inoltre, il raggiungimento del più alto livello di salute possibile è un importantissimo obiettivo sociale mondiale, la cui realizzazione richiede il coinvolgimento di molti settori sociali ed economici (compresa la scuola), oltre, naturalmente, al settore sanitario. Definendo il ruolo chiave dell'assistenza sanitaria di base per garantire il diritto alla salute, la Dichiarazione sottolinea l'importanza dell'educazione, riguardante i problemi di salute prevalenti ed i metodi di prevenzione e controllo degli stessi, inclusa la dieta sana.

Nel 1986, a seguito della prima International Conference for Health Promotion, la WHO pubblica "The Ottawa Charter for Health Promotion" (WHO, 1986), che definisce la promozione della salute come quel processo che abilita le persone ad aumentare il controllo sulla loro salute e a migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, un individuo o gruppo dev'essere in grado di identificare e realizzare aspirazioni, soddisfare bisogni, modificare l'ambiente o far fronte ad esso. La salute è quindi vista come risorsa per la vita quotidiana ed è un concetto positivo, che dà rilievo alle risorse personali e sociali, oltre che alle funzioni fisiche. Quindi la promozione della salute è una

responsabilità che riorienta il settore sanitario e va oltre. La sanità infatti deve muoversi prioritariamente nella direzione della promozione della salute, e non solo nella gestione di servizi clinici e di cura. Molti altri settori sono, come già detto, coinvolti, ma il cuore del processo è l'empowerment della comunità, anche attraverso l'educazione alla salute. Ritorna quindi centrale il ruolo dell'educazione e della scuola. Inoltre, la "Ottawa Charter" indica la nutrizione tra gli elementi fondamentali dello stile di vita che promuove salute.

Nel "Seventieth World Health Assembly update, 30 May 2017" (WHO, 2017), sono affrontati i maggiori problemi della salute pubblica. La prevenzione dell'obesità infantile è menzionata tra gli obiettivi prioritari per la salute della popolazione mondiale, insieme alla prevenzione del cancro e delle malattie derivanti dal tabagismo.

Secondo i dati della WHO (2018) l'obesità nel mondo è quasi triplicata dal 1975. Nel 2016 più di 1.9 miliardi di adulti a partire dai 18 anni (39%), erano sovrappeso. Tra questi più di 650 milioni (13%) erano obesi. La maggior parte della popolazione mondiale vive in paesi in cui il sovrappeso e l'obesità uccidono più della scarsa nutrizione. Nel 2016 erano sovrappeso o obesi 41 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni e più di 340 milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra i 5 ed i 19 anni.

Dal canto suo l'Europa, come illustrato nel "EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020" (EU, 2014), sottolinea le conseguenze sociali ed economiche dell'aumento delle malattie non trasmissibili, collegate ad un errato stile di vita. Si stima che ogni anno il 7% del budget complessivo per la sanità venga speso per curare le malattie legate all'obesità e al sovrappeso. A questa spesa si aggiungono i costi indiretti di bassa produttività, dovuti ad assenze dal lavoro per problemi di salute o a morte prematura (ogni anno in Europa muoiono 2.800.000 persone per malattie dovute al sovrappeso e all'obesità).

Nel 2010 un bambino su tre, tra i 6 e i 9 anni, era sovrappeso o obeso, dato in crescita rispetto soltanto a due anni prima (nel 2008 il rapporto era 1:4). L'obesità, la cattiva alimentazione e l'inattività fisica nell'infanzia causano diversi problemi nella vita adulta. Si tratta, per esempio, di malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, alcuni tipi di neoplasie, disordini muscolo-scheletrici, stigmatizzazione sociale e problemi psichici. L'Unione Europea (EU, 2014) raccomanda quindi uno stile di

vita basata sull'attività fisica e su una dieta salutare, per ridurre il rischio di sovrappeso e obesità nella vita adulta e contribuire ad una crescita sana.

Anche i dati raccolti in Italia confermano le tendenze rilevate a livello internazionale. Secondo l'ISTAT (ISTAT, 2016), in Italia, nel 2015, più di un terzo della popolazione adulta (35,3%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (9,8%); complessivamente, il 45,1% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale.

Il ruolo della nutrizione e dell'attività fisica

Le raccomandazioni della World Health Organization così come quelle dell'Unione Europea e dei Governi Nazionali si basano su numerosi studi. Esiste infatti una letteratura scientifica molto ampia sulla correlazione tra l'alimentazione e l'inattività fisica con la mortalità per malattie cardiovascolari, vari tipi di cancro e molte altre malattie. Ne riportiamo alcuni a titolo esemplificativo.

Zuccotti e colleghi (Zuccotti et al., 2014) affermano che è necessario prevenire l'obesità adottando uno stile di vita sano fin dai primissimi anni di vita. Gli autori, analizzando l'intake di micro e macronutrienti in bambini italiani (Milano e Catania) di età inferiore ai 12 mesi, rilevano un alto livello di proteine, carboidrati semplici, grassi saturi e sodio e un ridotto apporto di ferro e fibra. Questo tipo di dieta espone al rischio di sviluppare anemia nell'infanzia e malattie cardiovascolari nell'età adulta. I risultati confermano la necessità di educare in primo luogo le famiglie ad una dieta sana per sé e per i propri figli.

La dieta sana inizia da una prima colazione adeguata, che protegge dall'eccesso adiposo nell'infanzia e nell'adolescenza (Blondin et al., 2016) e prosegue con una buona aderenza alla dieta mediterranea (Dinu et al., 2018). Il recente, imponente lavoro di Dinu e colleghi, indaga i risultati di 13 meta-analisi di studi osservazionali e 16 meta-analisi di RCT (randomized clinical trials) che studiano l'associazione tra l'aderenza alla dieta mediterranea e 37 diversi outcome di salute, per una popolazione totale di oltre 12.800.000 soggetti. Nonostante i limiti metodologici rilevati, il lavoro (Dinu et al., 2018) conferma che l'elevata aderenza alla dieta mediterranea è associata alla riduzione del rischio delle maggiori malattie croniche, compresa la mortalità generale, esiti cardiovascolari, esiti del cancro, disturbi cognitivi, malattie neurodegenerative, disturbi metabolici e

parametri infiammatori, migliorando anche la funzionalità endoteliale (Schwingshackl et Hoffman, 2014).

In Italia, il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità, promuove dal 2008 un progetto di sorveglianza della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie, allo scopo di suggerire azioni appropriate per favorire una corretta nutrizione ed un'adeguata pratica dell'attività fisica. Il progetto "Okkio alla salute – Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria", coordinato da Cnesps, è collegato al programma europeo "Guadagnare salute" e al Piano Nazionale di Prevenzione, ed è stato oggetto di approfondimenti. Lo studio "Zoom 8" indaga l'aderenza alla dieta mediterranea (MD) in 1740 bambini italiani di 8-9 anni (Roccaldo et al., 2014). Solo il 5 % dei bambini ha un'alta aderenza alla MD (il 62,2% media ed il 32,8% scarsa). Questa scarsa aderenza è dovuta a un basso consumo di frutta, verdura, legumi, latticini e un elevato consumo di prodotti industriali e dolci. Una maggiore aderenza alla MD si realizza nella refezione scolastica. I risultati mostrano che è importante migliorare le abitudini alimentari e le conoscenze dietetiche delle famiglie.

Anche i dati dello studio successivo non sono confortanti: Lauria e colleghe (Lauria, 2015) rilevano che su 46.307 bambini, l'8,6% non fa la prima colazione, il 48,8% non consuma verdura e il 28,7% non mangia frutta quotidianamente, il 64,8% consuma uno spuntino abbondante a metà mattina, il 41,4% usa bevande zuccherate e il 12,5% bevande gassate almeno una volta al giorno. Tre o più abitudini alimentari errate sono state rilevate nel 43,9% dei bambini. Le abitudini alimentari scorrette sono più comuni tra i bambini con condizioni socioeconomiche inferiori, residenti nel Sud del paese e che trascorrono più tempo a guardare la TV. Le autrici concludono affermando che in Italia, abitudini alimentari non salutari sono comuni tra i bambini e che le carenze individuate potrebbero essere predittive di futuri problemi di salute pubblica.

Come confermato anche nelle ultime revisioni della letteratura (Blondin et al., 2016), numerosi studi evidenziano che una prima colazione sana, oltre a migliorare il benessere psicofisico ed il funzionamento cognitivo, riduce il rischio di sovrappeso e obesità nei bambini e negli adolescenti. Tuttavia, da una recente

indagine (Mameli et al., 2014) emerge che una buona parte dei bambini ed adolescenti europei e statunitensi (10%-30%) saltano la colazione. Gli autori di questo studio affermano la necessità di attivarsi, affinché la colazione possa diventare un'abitudine quotidiana. Essi sottolineano la centralità della scuola nella realizzazione di interventi di promozione della salute. La scuola, infatti, svolge un ruolo fondamentale nell'educare bambini e adolescenti ad adottare stili di vita salutari e negli ultimi anni ha implementato interventi efficaci, basati su solide teorie, quali la Self Determination Theory o la Behavioural Analysis, finalizzati ad aumentare il consumo di frutta e vegetali, così come ad incrementare l'attività fisica e la prevenzione. La terapia cognitivo-comportamentale è il trattamento/cura per l'obesità più scientificamente controllato. Inoltre, alcune associazioni specialistiche hanno progettato metodi propri per incoraggiare l'educazione alimentare nelle scuole e promuovere la prevenzione. Gli autori concludono considerando quanto tutti questi progetti possano essere utilizzati come punto di partenza per realizzare interventi migliorativi sulla prima colazione.

Gli interventi scolastici per migliorare le abitudini alimentari si sono dimostrati efficaci nel ridurre il sovrappeso e l'obesità e sono risultati relativamente poco costosi. In Germania, è stato sperimentato un intervento nelle scuole, in cui sono stati coinvolti 1733 alunni, che dimostra l'efficacia e la sostenibilità in termini economici di tali interventi (Kesztyus et al., 2017).

Non solo la dieta, ma anche l'attività fisica ha un ruolo fondamentale per la salute. Gli effetti positivi includono la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete e alcuni tipi di cancro, oltre alla migliore gestione di alcune patologie croniche. L'attività fisica ha anche effetti positivi sulla salute mentale, riducendo i livelli di stress e di ansia, sia per gli adulti (White et al., 2017), sia per i bambini (Cerqueira da Silva et al., 2017); inoltre, in questi ultimi, migliora il rendimento scolastico (Strong et al., 2005; Janssen et al., 2010). Praticare attività fisica, infine, previene e rallenta il declino cognitivo correlato all'invecchiamento e le patologie neurodegenerative, come la malattia di Alzheimer e altre forme di demenza (Bherer, 2013).

Le recenti evoluzioni tecnologiche (inclusa l'introduzione dell'accelerometro) hanno migliorato la misurazione oggettiva dell'attività fisica e hanno portato alla creazione di database dedicati, permettendo ulteriori approfondimenti degli studi. Oggi è ampiamente documentato che l'attività fisica quotidiana (da moderata a intensa) riduce il rischio di molte patologie, bilancia il dispendio energetico giornaliero, controlla l'incremento ponderale, garantisce l'equilibrio nella composizione corporea (WHO, 2015) ed incrementa la qualità della vita, anche a prescindere dallo stato ponderale (fat but fit) (Dankel et al., 2017). L'attività fisica leggera (Light Physical Activity - LPA) ha effetti limitati sulla salute metabolica e nessun effetto sullo stato ponderale. Di contro, l'inattività fisica, il cosiddetto tempo di sedentarietà, aumenta il rischio di problemi metabolici in bambini e adolescenti, anche se normopeso (Kuzic et al., 2017).

Anche in questo ambito la scuola gioca un ruolo fondamentale. Essa si è rivelata un elemento determinante nella pratica di PA (Physical Activity), dall'infanzia all'adolescenza (Carlin et al., 2017). Nella scuola i bambini e gli adolescenti svolgono mediamente il 30% dell'attività fisica quotidiana moderata e intensa (Moderate to Intense Physical Activity - MVPA); le lezioni scolastiche di educazione fisica portano ad un incremento dell'MVPA complessiva e ad un decremento del tempo di sedentarietà, che risulta essere un fattore di rischio indipendente (Mooses et al., 2017)

Il dibattito sulle raccomandazioni relative ai livelli di attività fisica, utili per ridurre i rischi di eccesso ponderale e promuovere salute e buona qualità di vita, è ancora aperto. Le linee guida della WHO raccomandano, per i bambini e gli adolescenti, almeno 60 minuti di MVPA quotidiana (WHO, 2010, 2015). Alcuni studi suggeriscono che 15/20 minuti al giorno, con conseguente riduzione dei tempi di inattività, possano essere sufficienti (Schwarzfischer et al., 2017) evidenziano comunque che solo i 2/3 dei bambini esaminati aderiscono alle raccomandazioni delle linee guida (ibid.)

Nonostante l'ampio riconoscimento dei benefici dell'attività fisica sulla salute fisica e mentale, si assiste ad una tendenza alla diminuzione della stessa a livello mondiale. In Europa si stima che un milione di decessi all'anno siano dovuti

all'inattività fisica (WHO, Regional Office for Europe, 2015). L'educazione e la ricerca finalizzate ad incrementare i livelli di attività fisica sono dunque considerate essenziali per aumentare le conoscenze e la consapevolezza su questo tema.

In conclusione, un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione infantile passa anche dall'educazione all'attività fisica adeguata e alla corretta alimentazione (con particolare attenzione al consumo di una prima colazione adeguata e di frutta e verdura, nonché all'aderenza alla dieta mediterranea). L'adozione di uno stile di vita sano avrebbe inoltre ripercussioni positive di tipo sociale, ambientale ed economico.

Salute e disabilità¹

Concetto di disabilità e classificazioni

L'ONU, attraverso le *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (United Nations, 1993) e la *Convention on the Rights of Person with Disabilities* (United Nations, 2006), definisce un quadro di riferimento basato sui diritti umani e sull'uguaglianza delle opportunità, già introdotto nella *Convention on the Rights of the Child* del 1989 (United Nations, 1989).

La Convenzione del 2006 (ratificata dal Parlamento italiano con la Legge 3 marzo 2009, n. 18) ha lo scopo di promuovere, proteggere e assicurare il pieno e uguale godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà da parte delle persone con disabilità. L'istruzione e l'educazione, così come la salute, la partecipazione, la cittadinanza, sono diritti inalienabili di tutti i cittadini e, quindi, anche delle persone con disabilità.

Il processo di definizione delle Standard Rules e delle Convenzioni citate si sviluppa in parallelo al ripensamento della classificazione delle disabilità, avviato proprio nel 1993 dalla WHO, con la revisione dell'ICDH, e concluso tra il 2001, con la pubblicazione dell'International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF) ed il 2007, con la pubblicazione della versione Children and Youth (ICF-CY).

¹ Parte del lavoro di questo paragrafo è stato precedentemente pubblicato (Arrivabene, 2015)

L'evoluzione delle classificazioni segue la rivoluzione nell'approccio alla disabilità ed alla salute. La prima classificazione sistematica delle malattie, elaborata a scopo statistico ed epidemiologico, è la *Nosologia Methodica* di François Bossier de Lacroix (1706-1777), meglio conosciuto come Sauvage (Knibbs, 1929). Nel corso dei due secoli successivi, numerose revisioni impegnano gli studiosi, e, nel 1948, durante la First World Health Assembly viene adottata la *International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*, rinominata in seguito *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, giunta alla sua 11esima revisione (WHO, 2018). L'ICD è costruita su un modello eziologico e include la descrizione delle caratteristiche e delle indicazioni diagnostiche per le diverse patologie.

Dagli anni Ottanta, alla ICD si affianca la *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). L'ICIDH riflette l'evoluzione del concetto di salute poiché, nel corso delle revisioni del documento, il focus si sposta dalle condizioni del singolo individuo alla interazione tra individuo e ambiente. I concetti portanti del modello, menomazione, disabilità e handicap, derivano dal cambiamento culturale della visione della persona con disabilità, come testimoniato anche dai documenti in apertura del presente paragrafo. La disabilità inizia ad essere percepita come risultante dal rapporto tra caratteristiche del soggetto e ambiente circostante. Questo cambiamento di prospettiva risulta ancora più evidente nella *International Classification of Functioning, Disabilities and Health* (ICF).

L'International Classification of Functioning, Disabilities and Health

Questa classificazione identifica gli elementi costitutivi della salute, vista come processo originato da diversi fattori che interagiscono tra loro. L'ICF fa proprio il paradigma biopsicosociale, considerando in una concezione sistemica tutti gli elementi coinvolti nel funzionamento umano (Fig. 1). Stabilisce inoltre un codice comune per le diverse tipologie di utilizzatori (siano essi medici, terapisti, insegnanti, psicologi, genitori, educatori, ecc.). In essa viene eliminata, anche a livello lessicale, l'attenzione al negativo: si utilizza il termine funzionamento per definire in positivo le modalità di vita di una persona e sono stati rimossi termini quali menomazione, disturbo, handicap, sostituiti da condizione di salute, attività e partecipazione.

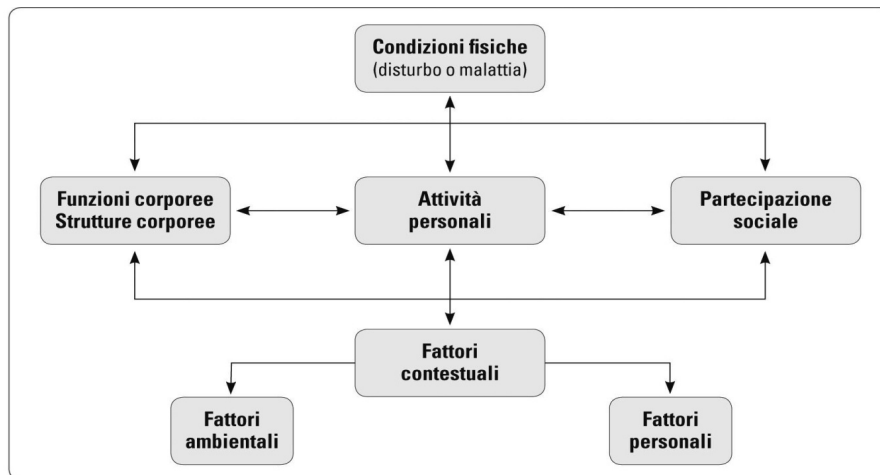


Figura 1 - Schema ICF

Lo strumento modifica radicalmente il focus dell'osservazione in senso positivo, mostrando interessanti convergenze con la psicologia positiva. Questo paradigma ha importanti implicazioni per la scuola e i servizi sociosanitari: le caratteristiche dello strumento consentono infatti di evidenziare, nella compilazione del profilo ICF di ciascun alunno/paziente, i punti di forza personali e del contesto in cui vive, ponendo le basi per la costruzione del progetto di vita.

L'ICF è uno strumento universale, ossia destinato a tutti, anche perché ciascun essere umano, nel corso della propria esistenza, può sperimentare una condizione di disabilità. Il concetto di disabilità, poi, viene assunto nella sua valenza relazionale. La disabilità è la risultante di una complessa interazione tra la persona con le sue specifiche caratteristiche (condizioni di salute, strutture e funzioni corporee) e il contesto (fattori ambientali e fattori personali); nel momento in cui questa interazione comporta limitazioni delle attività o restrizioni alla partecipazione si ha una disabilità. Non si effettua, dunque, un inquadramento clinico-diagnostico, ma si analizza il funzionamento di un particolare individuo; esso non può essere compreso se non contestualizzandolo nell'ambiente fisico e sociale quotidiano.

La versione ICF per l'età evolutiva (*International Classification of Functioning – Children and Youth, ICF-CY*; WHO, 2007) è stata elaborata nella consapevolezza che “il momento della comparsa di certe funzioni o strutture corporee e dell'acquisizione di alcune abilità può variare in funzione delle differenze individuali nella crescita e nello sviluppo” (WHO, 2007, p. 19) e che queste

variazioni subiscono gli effetti dei fattori fisici e psicologici dell'ambiente e, a volte, non sono permanenti.

La partecipazione rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento ed è definita come il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita. Nell'analisi di questa componente è fondamentale il ruolo dell'ambiente familiare o immediato (microsistema e mesosistema), nonché quello dei fattori ambientali allargati (macrosistema) e dei fattori personali, tutti implicati nel favorire o ostacolare il funzionamento della persona.

L'ICF non propone una codifica per i fattori personali, dichiarando in termini generali che essi costituiscono il background della vita e dell'esistenza dell'individuo. Questi fattori comprendono il sesso, la razza, l'età, altre condizioni di salute, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, la capacità di adattamento, il background sociale, l'istruzione, la professione, l'esperienza passata e attuale, i modelli di comportamento generali e gli stili caratteriali. La formulazione risulta piuttosto confusa, infatti l'allegato 8 dell'ICF individua come progetto futuro l'elaborazione di questa componente (WHO, 2007).

Conseguentemente a questa sollecitazione si sviluppa il lavoro di diversi autori, tra i quali, in Italia, Ianes e Macchia (2011). Essi introducono nei fattori personali alcune dimensioni cognitive, motivazionali ed affettive, che mediano positivamente o negativamente il funzionamento: stili di attribuzione, autoefficacia, autostima, emotività (che l'ICF include nelle funzioni mentali), motivazione, comportamenti problema. Gli autori sostengono che, in questo modo, le varie dimensioni psicologiche e comportamentali trovano una collocazione più strategica rispetto al loro ruolo di mediazione.

Nel corso della sperimentazione MIUR sull'uso dell'ICF-CY condotta in Italia (Arrivabene, 2015), un'analisi della classificazione nella prospettiva della psicologia positiva ha permesso di individuare altri elementi che potrebbero a buon diritto essere annoverati tra i fattori personali: la qualità dell'esperienza soggettiva, le influenze di vita positive e negative (passato), le sfide (presente), gli obiettivi ed il progetto di vita (futuro), l'autoefficacia, la resilienza ed il coping.

Tra tutte le componenti del funzionamento analizzabili con l'ICF si stabiliscono interazioni complesse e diverse per ciascun individuo, a parità di condizioni fisiche e contestuali. Lo strumento permette di definire le differenti situazioni e di

intervenire in conseguenza, non necessariamente in modo diretto sulla persona, ma anche e soprattutto in modo indiretto sul contesto, rimuovendo barriere e introducendo facilitatori per migliorare il funzionamento individuale.

L'uso dell'ICF sollecita familiari, educatori e professionisti della salute ad operare in modo interdisciplinare ed integrato, favorendo la formazione di reti intorno ai bambini/ragazzi o adulti con disabilità. Il lavoro di rete consiste nel processo di mobilitazione di risorse da parte di una pluralità di soggetti in capo ad un progetto o ad uno scopo comune e condiviso tra i diversi attori. È una metodologia operativa utilizzata sempre più frequentemente nei servizi di aiuto alla persona, anche se nasce nell'ambito della scienza delle organizzazioni. L'integrazione scolastica e sociale delle persone con disabilità è il risultato dell'attività di diversi soggetti e istituzioni e delle connessioni che si creano tra queste attività.

Le istituzioni e i soggetti che operano sul progetto di vita della persona disabile, essa stessa peraltro parte attiva in questo processo, possono essere paragonate ai diversi apparati dell'organismo umano, ciascuno con una propria specializzazione e funzione. Il sistema delle comunicazioni può essere rapportato al sistema nervoso di quest'organismo e assume il compito di porre in relazione, integrandole, le diverse funzioni.

Le difficoltà nel realizzare questo tipo di comunicazione, riportate da familiari e operatori, afferiscono principalmente a tre ambiti: uso di linguaggi diversi in riferimento a lessico, campi semantici, approcci; presenza di punti di vista diversi, determinati da ruoli, sistemi di riferimento e specializzazioni dei diversi soggetti; presenza di motivazioni diverse, in termini qualitativi e quantitativi. L'ICF può ridurre queste difficoltà, permettendo di aumentare o, non di rado, attivare la capacità dei sottosistemi di comunicare tra loro e, di conseguenza, aumentare il grado di integrazione e dunque l'efficacia del sistema deputato a realizzare il progetto di vita della persona con disabilità.

Benessere e qualità della vita

La definizione di salute della WHO del 1946 “rappresenta un decisivo punto di rottura con la concezione biomedica: essa infatti sposta l'accento dall'assenza di malattia al benessere, dal negativo al positivo, dalla cura alla prevenzione” (Delle Fave & Bassi, 2013, p. 9). Lo “stato di completo benessere” non è uno stato

facilmente osservabile e misurabile, tanto più con modalità oggettive. Non si parla più esclusivamente di salute fisica, ma si prendono in considerazione tutti gli aspetti della vita di un individuo nel suo ambiente. Di conseguenza le misurazioni oggettive sono da integrare con indagini della percezione soggettiva del benessere.

Un passaggio analogo, dalla misurazione oggettiva alla rilevazione della percezione soggettiva è avvenuto anche in altri settori. Negli studi sulla qualità della vita, in ambito medico, sociale, economico e politico, si assiste ad un'importante trasformazione. La riflessione sulla qualità della vita è presente già nel mondo antico, ma la ricerca e lo studio più sistematici iniziano negli anni Cinquanta del secolo scorso, quando si inizia a parlare di *welfare* e di sviluppo delle società. In questa fase si utilizzano esclusivamente indicatori di tipo economico: il PIL, redditi e consumi. Successivamente si strutturano approcci più integrati: il dato economico del reddito viene affiancato da indicatori sociali, proposti inizialmente negli Stati Uniti dal Movimento per gli Indicatori Sociali. Indicatori rilevanti per analizzare la qualità della vita diventano, oltre a quelli economici, l'uguaglianza, la partecipazione, il rispetto, la crescita personale, nei diversi ambiti di vita (il lavoro, la vita privata, il tempo libero). Alcuni approcci utilizzano indicatori relativi ad abitazione, occupazione, relazioni sociali, istruzione, ambiente, impegno civile, salute, soddisfazione, sicurezza, equilibrio vita-lavoro (OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011). Di particolare interesse il lavoro di Amartya Sen (1987), economista e premio Nobel, che sviluppa l'approccio delle *capabilities*, articolato ulteriormente da Martha Nussbaum (1993) e altri autori. Secondo questo approccio, l'uguaglianza, l'assetto sociale, la qualità della vita e lo sviluppo di una nazione, vanno valutati in termini di spazio teorico delle capacità. Quindi è necessario considerare "...lo spazio delle libertà reali di cui le persone dispongono per raggiungere quel buon livello di funzionamento che è parte integrante del loro benessere" (Terzi, 2009, p. 58), processo che avviene sempre all'interno di un sistema di valori e modelli culturali condivisi. Si assiste dunque ad un graduale spostamento del focus dalla presenza di risorse (beni, servizi, ecc.), alle modalità di accesso, alle possibilità/libertà/opportunità (*capabilities*) degli individui e delle società di esprimersi, agire, utilizzando tali risorse per costruire il proprio benessere.

La WHO definisce la qualità di vita come “percezione da parte degli individui della posizione che occupano nella propria vita, all’interno della cultura e del sistema di valori in cui vivono, e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, parametri di riferimento e interessi” (Gruppo WHOQOL, 1995, p. 1403). Da questa definizione emerge con evidenza un’idea di qualità della vita come costruito multifattoriale ed è altrettanto evidente il ruolo attribuito dal Gruppo alla valutazione della percezione soggettiva degli individui. Ancora una volta l’attenzione si sposta al sistema di cui l’individuo è parte ed alla componente soggettiva, sia a livello di contenuti, come si evidenzia nella individuazione dei domini o ambiti di qualità della vita (salute fisica, area psicologica, indipendenza, relazioni, ambiente, spiritualità), sia a livello di valutazione (“percezione da parte degli individui”).

Anche per l’infanzia sono stati individuati indicatori di qualità della vita, che permettessero di strutturare strumenti di indagine, in grado di rilevare la percezione soggettiva. Varni (2001) misura, con il PedsQL Generic Core Scale, le dimensioni della qualità di vita delineate dalla WHO: funzionamento fisico, emotivo, sociale e scolastico. Egli sottolinea l’importanza di strutturare gli interventi terapeutici tenendo conto delle percezioni della qualità di vita dei bambini/ragazzi e dei loro genitori.

Il benessere

Il benessere, che non coincide con la qualità della vita - anche se a volte i termini vengono usati come sinonimi -, viene studiato principalmente dalla psicologia (Hird, 2003). Nonostante il predominio, anche in ambito psicologico, di un modello di funzionamento centrato sullo studio del negativo, del deficit e della patologia, negli anni Cinquanta del secolo scorso fece la sua comparsa la psicologia umanistica, movimento di pensiero alternativo ai paradigmi dominanti all’epoca (comportamentismo e psicoanalisi), fondato da un gruppo di psicologi guidati da Abraham Maslow e focalizzato sulla promozione del benessere e della crescita personale. Gli esponenti della psicologia umanistica considerano al centro della psicoterapia la persona e i suoi punti di forza, e studiano la motivazione e la gerarchia dei bisogni umani, al cui apice si trova l’autorealizzazione (Maslow, 1954) e il benessere come funzionamento completo, piena attualizzazione delle potenzialità individuali (Rogers, 1963).

Nella seconda metà del secolo scorso, molti altri studiosi si sono occupati di benessere (si pensi a Fromm, Perls, Berne, Binswanger, solo per citarne alcuni), del funzionamento positivo, delle risorse che gli esseri umani mettono in campo, per migliorare la propria vita.

La psicologia positiva

In questo contesto si colloca la nascita di un ramo di studi, destinato a crescere notevolmente negli anni successivi: la psicologia positiva. Martin Seligman e Mihaly Csikszentmihalyi, tra i principali esponenti di questo approccio, furono i curatori del primo numero del XXI secolo della rivista *American Psychologist* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000); tale pubblicazione ha segnato una tappa fondamentale per il percorso di integrazione nella psicologia generale di questo importante ambito di ricerca.

Si tratta di un ampio e variegato movimento che muove dallo studio del benessere soggettivo e che si propone di indagare le risorse e gli aspetti positivi del funzionamento umano, la creatività, l'impegno, le competenze relazionali, l'empatia, la speranza, l'esperienza ottimale, la soddisfazione di vita, la costruzione di significati, tutto ciò che permette all'essere umano di realizzarsi in maniera fiorente. La psicologia positiva fa riferimento a due prospettive teoriche della filosofia antica, che concettualizzano il benessere edonico e eudaimonico (Huta & Waterman, 2014).

Aristippo, filosofo greco del IV sec. a C., definisce il benessere come piacere *edonico* o felicità e lo considera scopo della vita. L'edonismo, quindi, è un benessere legato ad uno stato di appagamento, dovuto alla soddisfazione dei desideri, che si può raggiungere anche senza sforzo, ha una dimensione individualistica e può realizzarsi indipendentemente dal contesto sociale. Le componenti principali del benessere edonico sono il benessere soggettivo, la soddisfazione di vita, le emozioni positive, le gratificazioni, le ricompense e il piacere.

Di contro, Aristotele intende il benessere *eudaimonico* come il processo di sviluppo delle autentiche potenzialità dell'individuo, e la ricerca della vera felicità come costruzione e pratica delle virtù individuali in armonia con il mondo circostante (Huta & Waterman, 2014). Si tratta di un processo di costruzione continua, legato agli interessi, all'apertura verso le novità, alle opportunità di

crescita, all'impegno e allo sforzo. Si sviluppa quando le attività quotidiane sono coerenti con i valori profondi di una persona e presuppone l'interdipendenza del benessere individuale con il benessere collettivo, pertanto la felicità individuale si realizza nello spazio sociale (Delle Fave, Massimini & Bassi, 2011).

Le componenti fondamentali del benessere eudaimonico sono il benessere psicologico, l'autorealizzazione, l'autodeterminazione, lo sviluppo delle potenzialità e delle risorse (Ryan e Deci, 2001), il significato, gli obiettivi di vita, il benessere sociale e di comunità, la resilienza e l'impegno. Il benessere eudaimonico comprende quindi un percorso di sviluppo verso l'integrazione con il mondo circostante (Nussbaum & Sen, 1993).

Di seguito vengono illustrate alcune di queste teorie, utili per lo sviluppo del progetto di ricerca.

Il benessere soggettivo

Il concetto di benessere soggettivo, che si colloca nella prospettiva edonica, è definito da Diener e colleghi (1984; 1999; 2009) come soddisfazione di vita e prevalenza di tono affettivo positivo rispetto al tono affettivo negativo (*bilancio edonico*). È interessante notare che il bilancio edonico non è sempre direttamente correlato alla soddisfazione di vita (Bradburn, 1969; Andrews et al., 1976, Lucas et al., 1996). Ciò è legato alla capacità degli esseri umani di adattarsi alla maggior parte delle situazioni, ritrovando in breve tempo, dopo eventi negativi, il livello di benessere soggettivo che le caratterizza (Brickman & Campbell, 1971). Infatti, molti studi mostrano che l'80% delle persone si percepisce molto o piuttosto felice e che il grado di benessere si mantiene costante nel tempo, in parte a causa del legame con tratti stabili della personalità (Delle Fave & Bassi, 2013). La rilevazione del benessere soggettivo assume notevole importanza nell'ottica della prevenzione e promozione della salute. Moltissimi studi dimostrano, infatti, la relazione tra bassi livelli di benessere soggettivo con una nutrita serie di patologie fisiche e mentali (per es.: Lewinsohn et al., 1991; Furr & Funder, 1998; Salovey et al., 2000; Kiecolt-Glaser et al., 2002; Delle Fave & Massimini, 2003; Chida & Steptoe, 2008; Diener et al., 2009).

Nel contesto scolastico, questo costrutto assume rilievo in quanto è in relazione con l'apprendimento (Siry et al., 2016; Pekrun et al., 2017), con la salute e svolge un ruolo protettivo rispetto alle malattie mentali, al disagio e ai comportamenti

disfunzionali nei giovani (Ruus et al., 2007; Bonino et al., 2007; Seligman et al. 2009; De Róiste et al., 2012). Le scelte pedagogiche e didattiche degli insegnanti hanno un forte impatto sul benessere degli alunni (Spratt, 2016). Tra gli altri, Gibbons e colleghi sottolineano la necessità di valutare la qualità della scuola, non in termini risultati nei test di profitto (teaching to test), ma in termini di benessere soggettivo dei bambini, che è un più sicuro predittore del successo scolastico futuro e dell'inserimento nel mercato del lavoro (Gibbons & Silva, 2011).

Il benessere soggettivo dei bambini e preadolescenti può essere rilevato con interviste, questionari, test, diari, narrazioni. Dalle ricerche condotte fino ad oggi, si considerano attendibili le risposte fornite dai bambini a partire dai 7 o 8 anni di età (Posner & Vandell, 1999; Fava, 2014; Oprea, 2018). Per misurare la prevalenza di tono affettivo positivo o negativo, è possibile utilizzare diversi test, tra i quali How I Feel (Walden et al., 2003; Ciucci et al, 2016), ma è stata largamente utilizzata, a livello internazionale e in Italia, la Children Version della Positive Affect and Negative Affect Scale (Watson et al., 1988; Laurent et al., 1999; Kiernan et al., 2001; Terracciano et al., 2003; Yamasaki et al., 2006; Ciucci et al., 2017). Per quanto riguarda la misurazione della soddisfazione di vita nella fascia 7-11 anni sono a disposizione diversi strumenti, è molto interessante la Multidimensional Student Life Satisfaction Scale messa a punto da Huebner (1994) e validata nella versione italiana da Zappulla e colleghi (2014), che rileva la soddisfazione nei diversi contesti (famiglia, amici, scuola, ambiente di vita, sé). Come già accennato, per la scuola e per la società è interessante rilevare i livelli di benessere soggettivo, per attuare interventi di promozione della salute e di prevenzione.

La teoria della selezione psicologica

Nella teoria della selezione psicologica viene studiata l'esperienza soggettiva, cioè l'insieme di cognizioni, emozioni e motivazioni, originate dall'elaborazione consapevole di informazioni interne ed esterne, ed il ruolo di questa esperienza nel processo di crescita personale (Delle Fave & Bassi, 2013). Secondo Csikszentmihalyi (1975), la qualità dell'esperienza soggettiva determina la selezione del contenuto della coscienza e si costruisce su due variabili fondamentali: i challenge e gli skill percepiti (Delle Fave, Massimini, Bassi, 2011).

L'esperienza globalmente più positiva si raggiunge quando entrambe le variabili hanno valori elevati; in questo caso si parla di *esperienza ottimale* o *flow* (Csikszentmihalyi, 1975; 1988), ovvero “uno stato globalmente positivo e complesso, caratterizzato da elevata concentrazione, coinvolgimento, controllo della situazione, chiari obiettivi, stato affettivo positivo, benessere psicofisico e gratificazione intrinseca” (Delle Fave & Bassi, 2013, pp. 23-24). Proprio in quanto ottimale, questa esperienza viene ricercata dalle persone in un processo definito *selezione psicologica* (Csikszentmihalyi & Massimini, 1985; Massimini & Delle Fave, 2000) e diviene stimolo di crescita quando associata al sistema di valori individuale e sociale.

La teoria dell'autodeterminazione

La teoria dell'autodeterminazione (Self Determination Theory), elaborata da Deci e Ryan (1981; 2000), afferma che il grado di motivazione degli individui nelle attività quotidiane si colloca in un continuum che coinvolge aspetti motivazionali, regolatori e attributivi, dipendenti dal livello percepito di autonomia e libertà di scelta (autodeterminazione) (Albertin et al., 2014).

Questa teoria affronta la questione della fonte di energia del comportamento umano, ponendola in relazione ai bisogni psicologici innati di competenza, di legame affettivo con gli altri, di autonomia: “l'individuo è tanto più motivato, quanto più il contesto sociale in cui si trova gli dà l'opportunità di soddisfare questi bisogni fondamentali” (Boscolo, 2006, p.138).

Di particolare interesse la fase della motivazione e regolazione intrinseca, che corrisponde ad un *locus of causality* interno e ad un alto livello di interesse, piacere e soddisfazione, elementi che caratterizzano il benessere eudaimonico. Questo tipo di esperienza si realizza quando l'individuo si trova in un ambiente che gli consente di “soddisfare i suoi bisogni psicologici di base attraverso lo svolgimento di comportamenti scelti autonomamente e il perseguimento di obiettivi intrinseci” (Delle Fave & Bassi, 2013, p. 31).

La teoria del benessere psicologico

La teoria del benessere psicologico viene elaborata negli Stati Uniti, all'interno del Movimento di Salute Mentale, intorno alla metà del XIX secolo e rifiuta di utilizzare le conoscenze delle patologie psicologiche come fonte di parametri di riferimento per la conoscenza della salute mentale.

All'interno della prospettiva eudaimonica, Carol Ryff (1989) definisce il benessere psicologico in termini di autorealizzazione, costruzione di significati e condivisione degli obiettivi, indicando le dimensioni fondamentali del funzionamento psicologico positivo: auto-accettazione, relazioni sociali positive, crescita personale, propositi di vita, padronanza dell'ambiente e autonomia. Questo modello è integrato dal lavoro di Corey Keyes (1998), che considera la salute mentale come consapevolezza di far parte di un contesto relazionale ed indica le dimensioni del benessere sociale: coerenza sociale (considerare la società coerente e comprensibile), attualizzazione sociale (ritenere che la società possieda potenzialità di crescita), integrazione sociale (senso di appartenenza alla comunità e di accettazione da parte della stessa), accettazione sociale (opinioni positive sugli altri) e contributo sociale (percezione di dare un proprio contributo alla società) (Keyes, 1998). Secondo Keyes (2002), la salute mentale dovrebbe essere diagnosticata sulla base di precisi criteri, così come avviene per la malattia mentale. I criteri diagnostici da lui individuati appartengono a due dimensioni: i sentimenti positivi e il funzionamento positivo nella vita. Per essere definite *flourishing*, le persone devono presentare – quasi ogni giorno o ogni giorno, durante l'ultimo mese - almeno due “sintomi” edonici, nella dimensione dei sentimenti positivi (allegria, buon umore, estrema felicità, calma e pace, soddisfazione e vitalità) e almeno sei eudaimonici, nella dimensione del funzionamento positivo nella vita (auto-accettazione, relazioni sociali positive, crescita personale, propositi di vita, padronanza dell'ambiente, autonomia, coerenza, attualizzazione, integrazione, accettazione e contributo). La salute mentale si sviluppa, secondo Keyes, lungo un continuum (Mental Health Continuum), che presenta ai suoi estremi il *flourishing* e il *languishing*. L'assenza di salute mentale è definita dall'autore *languishing* ed è uno stato caratterizzato da stagnazione, disperazione silenziosa, disinteresse e percezione di una vita vuota (Keyes, 2002). Moltissime ricerche dimostrano il legame tra benessere psicologico e salute fisica, tra queste sono di particolare interesse quelle di Ryff e Singer (2004), quelle di Keyes (2007) e di Keyes e Cartwright (2013).

La maggior parte degli studi sul benessere riguardano soggetti adulti e adolescenti. L'interesse al benessere dei bambini si è sviluppato a partire dalla metà degli anni Settanta. Inizialmente si indagavano indicatori di tipo sociale, mentre nell'ultimo trentennio è significativamente cresciuta l'attenzione agli

indicatori di benessere individuale (Fattore, 2007), anche se si rilevano alcuni problemi. Il primo è rappresentato dal fatto che la maggior parte delle ricerche sui bambini ha ignorato il punto di vista dei bambini stessi. Infatti, questi studi rilevano la percezione degli adulti (genitori, educatori o altro) sul benessere dei loro figli (Casas, 2011). Il secondo riguarda le dimensioni di benessere indagate: molte ricerche misurano il benessere soggettivo dei bambini, mettendo a punto numerosi strumenti e scale, mentre le ricerche sul benessere psicologico sono state scarse e frammentarie (Opree, 2018). Opree e colleghi offrono un importante contributo nella validazione della Psychological Well Being Scale nella versione per bambini, confermando l'attendibilità degli strumenti di self-report usati nell'infanzia (8-12 anni). Nel contesto nazionale, sono di grande interesse le ricerche di Ruini e collaboratori (Ruini, 2014) che, oltre a validare la versione italiana del PWB-18 per l'infanzia, studiano l'impatto degli interventi di promozione del benessere psicologico, con risultati positivi (Ruini, 2006, 2009; Tomba et al., 2010; Ruini et al., 2017; Fava, 2014).

Il benessere scolastico

Nell'ultimo decennio è emersa, in particolare negli Stati Uniti, nel regno Unito ed in Australia, una maggiore attenzione allo sviluppo di fattori protettivi in relazione al disagio giovanile. Le difficoltà di apprendimento, il fallimento scolastico ed il conseguente drop-out, il bullismo, l'abuso di sostanze, le devianze e, in alcuni casi, le patologie psichiche, sono manifestazioni di disagio che possono essere ridotte grazie a interventi specifici di prevenzione e promozione del benessere (Lerner & Overtone, 2008; Manning et al., 2009; Manning, 2004; 2008; 2017; Brown et al., 2012; Cavanagh et al., 2017; Arcos Holzinger & Biddle, 2015; Sims, 2017; Neilsen-Hewitt & Bussey, 2017; Pendergast & Garvis, 2017; Theobald et al., 2017; Beamish & Brier 2017).

Già nel 1994 la WHO lancia il modello "Life Skills Education in Schools" (WHO, 1994) utilizzato anche nel contesto scolastico italiano (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 2006). Si tratta di un intervento di prevenzione primaria, centrato sulla trasmissione e la promozione delle principali abilità e competenze cognitive, emotive e relazionali degli alunni. Successivamente sono stati elaborati numerosi modelli di intervento per promuovere la resilienza, il coping e le competenze sociali (Kam, Greenberg & Walls, 2003; Clarke & Barry, 2010; McGrath &

Noble, 2003; Brandon, Cunningham & Frydenberg, 1999), per accrescere il senso di appartenenza alla scuola (Patton et al., 2003; Hawkins et al., 1999); per la promozione dell'ottimismo e la prevenzione della depressione (Cardemil et al., 2007; Gillham et al., 2008; Gillham et al., 2012)

Una ricerca recente in Italia ha utilizzato un modello multidimensionale di benessere, che include componenti psicologiche, cognitive e sociali, mettendo a punto un nuovo strumento per misurare il benessere scolastico, il Questionnaire on School Wellbeing (QBS 8-13, Tobia & Marzocchi, 2015), che indaga la gratificazione ottenuta dai risultati scolastici, le relazioni con gli insegnanti e i compagni, le emozioni generate dalla scuola e l'autoefficacia. Al questionario per i bambini e ragazzi si affiancano i questionari destinati agli insegnanti e ai genitori. I risultati dello studio (Tobia et al., 2018) evidenziano significative differenze di genere e tra alunni di scuola primaria e secondaria di primo grado. I genitori e gli insegnanti di bambini/ragazzi con bassi livelli di benessere riportano livelli più alti di preoccupazione, senso di colpa e tensione in relazione alle difficoltà dei loro figli/alunni; gli insegnanti, inoltre, manifestano bassi livelli di consapevolezza.

L'autoefficacia

L'autoefficacia è la percezione della propria capacità di organizzare ed eseguire delle serie di azioni atte ad ottenere un certo risultato (Bandura, 1997). Bandura sostiene che le convinzioni sulla propria autoefficacia influenzino ciò che le persone provano e pensano, la loro motivazione ed il loro comportamento (Bandura, 1994). Oltre alla percezione di autoefficacia generale, l'individuo sviluppa credenze specifiche di autoefficacia nei diversi domini del sé (ad es. capacità di eseguire compiti cognitivi, capacità di apprendimento, forza fisica e resistenza, orecchio musicale, abilità sociali, capacità di accettare dei limiti o di risolvere situazioni problematiche). Queste convinzioni hanno un impatto considerevole sull'apprendimento sullo sviluppo (Bassi et al., 2007; Bandura, 2000a; Ehremberg et al., 1991). La teoria Socio-Cognitiva di Bandura, in linea con l'approccio dell'ICF, spiega il funzionamento delle persone come la risultante del rapporto tra fattori personali (tra i quali l'autoefficacia), comportamentali e ambientali, che stanno in una relazione sistemica di interazione reciproca (Bandura, 2001). Il concetto di autoefficacia è inoltre associato a costrutti

motivazionali chiave, quali l'autodeterminazione, le attribuzioni causali, il concetto di sé, la stabilità emotiva (Caprara, 2013b), l'ottimismo, la resilienza (Miloni et al., 2014), il coping, l'autostima (Caprara, 2013a), il benessere psicologico (Tamir et al., 2007) e l'esperienza ottimale di apprendimento (Bassi et al., 2007; 2018).

Le revisioni principali degli studi (Bandura 1997; Pajares, 1996; 1997; Schunk & Pajares, 2004) hanno dimostrato che le credenze di autoefficacia influenzano le scelte accademiche e di carriera degli studenti, nonché fattori motivazionali e strategie di apprendimento che promuovono il successo a scuola.

La resilienza e il coping

Resilienza deriva dal latino *resiliere*, che significa rimbalzare, saltare indietro. Viene utilizzato in fisica, per descrivere la resistenza dei materiali alla rottura, che assorbono l'energia meccanica con una deformazione elastica, quando sono sottoposti a un carico o a un urto (Resilienza, 2012). Il termine contiene in sé i concetti di resistenza, di flessibilità e, in qualche modo, di ritorno ad una condizione precedente il carico o l'urto. Questo termine è impiegato nella teoria dei sistemi e traslato in diversi settori disciplinari, tra i quali informatica, ecologia, biologia, economia.

In ambito psicologico descrive la capacità di affrontare gli eventi stressanti, riorganizzando positivamente la propria vita (Malaguti, 2005). Gli studi sulla resilienza in età evolutiva iniziano negli anni Settanta, quando un gruppo di psicologi e psichiatri evidenzia il fenomeno della resilienza in bambini a rischio di patologie psichiche a causa di circostanze genetiche o ambientali (Masten, 2001). L'autrice definisce la resilienza come la capacità di un sistema di adattarsi con successo alle sfide che ne minacciano la funzione, la sopravvivenza o lo sviluppo futuro. Applicata agli esseri umani, è la capacità di adattarsi in modo positivo, in presenza di rischi o avversità, mobilizzando le risorse individuali (elevate capacità cognitive, ottimismo disposizionale, predisposizioni o talenti specifici), familiari (buone relazioni di attaccamento), relazionali (amicizie, rete sociale) e comunitarie (servizi sociosanitari e scolastici) (Masten, 2001).

Rolland e Walsh (2005) sottolineano la possibilità di promuovere la resilienza, attraverso interventi mirati. Khanlou e Wray (2014), in una revisione degli studi sulla resilienza nei bambini e nei giovani, confermano la necessità di promuovere

la resilienza. Gli autori auspicano interventi territoriali, che inneschino processi di resilienza nelle comunità, utili, tra l'altro, per supplire alle carenze dell'assistenza sanitaria di base. Il lavoro di Khanlou e Wray dimostra l'efficacia dei programmi sperimentati anche nella scuola per promuovere e sviluppare questa risorsa negli alunni. Anche Masten e Barnes (2018) supportano questo approccio, confortato da cinquant'anni di risultati positivi nello studio e nella ricerca, sottolineando la presenza di moltissimi modelli e metodi, indicati per potenziare le risorse personali dei bambini, in particolare di quelli che vivono situazioni di svantaggio (dai traumi di massa dovuti a guerre, terremoti, inondazioni, carestie, ai fattori di rischio più modesti e circoscritti), incrementando i fattori protettivi, in grado di garantire un sano sviluppo in ogni circostanza (Masten & Barnes, 2018).

Gli studi sulla resilienza sono connessi a quelli sul coping. Richard Lazarus elabora la teoria *cognitivo-transazionale* (Lazarus, 1966), in cui descrive ruolo di mediazione dei processi cognitivi nella risposta ad eventi stressanti. In seguito, Lazarus e Folkman propongono il concetto di *coping* (dall'inglese *to cope* = far fronte), per descrivere l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali, compiuti dalle persone con lo scopo di dominare situazioni percepite come potenzialmente lesive o stressanti, oppure per ridurre o sopportare le richieste, interne ed esterne all'individuo, percepite come eccessive in relazione alle risorse possedute. Gli autori individuano diverse strategie di coping, suddivise nelle macrocategorie "problem-focused" e "emotion-focused" (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1986).

L'uso di strategie di coping orientate al problema (modifica della situazione, la riconcettualizzazione della stessa e la minimizzazione degli effetti negativi) sembra caratterizzare un buon adattamento negli adolescenti e nei giovani, mentre strategie orientate alle emozioni (contenimento o riduzione delle emozioni, evitamento o negazione della fonte di stress e/o delle emozioni correlate), in particolare l'evitamento, sembrano predire un cattivo adattamento e la riduzione del benessere (Folkman e Lazarus, 1985; Ebata e Moos, 1991; Windle e Windle, 1996; Gomez, 1998). Molti fattori influenzano lo sviluppo di strategie efficaci di coping. Tra queste un ruolo importante è svolto dalla relazione genitori-figli (Kraaij et al., 2003; Miller et al., 1999).

La personalità

Numerosi studi documentano come il benessere e la felicità siano in parte determinati da alcuni tratti della personalità (Diener & Lucas, 1999; Diener et al., 2003; Costa & McCrae, 1992). Si è ritenuto quindi di includere nel progetto di ricerca questo importante costrutto.

Il termine personalità origina dal latino *persona*, che deriva a sua volta dal greco πρόσωπον (*prósōpon*), ossia l'attore, ma anche la maschera indossata dall'attore, dotata di caratteri molto marcati, per renderla meglio visibile dagli spettatori (Colonna, 2001; Galeazzi & Porzionato, 1998).

L'interpretazione etimologica, dunque, collega il termine all'amplificazione delle caratteristiche dell'individuo, di conseguenza personalità è ciò che caratterizza l'individuo stesso (Negri, 2012).

Il costrutto è difficile da definire in modo univoco, in quanto studiato da diverse discipline, quali la psicologia, la sociologia, la filosofia, la biologia e la medicina, ciascuna interessata a capire cosa differenzia gli individui, ciascuna coinvolta in modi diversi nel tentativo di comprendere l'unicità di ogni essere umano.

Anche all'interno degli studi psicologici, la personalità è stata affrontata basandosi su diversi paradigmi: psicoanalitico, dei tratti, comportamentista, cognitivo, socio-cognitivo e umanistico (Funder, 2001). Tutti i paradigmi citati indagano le differenze tra gli individui; l'esistenza di un senso di coerenza personale; il rapporto tra fattori psicologici, biologici e ambientali; i meccanismi psicologici che rendono conto del senso di identità personale a fronte di un continuo sviluppo; il rapporto con le componenti culturali e le costruzioni sociali (Caprara & Cervone, 2003).

Nel paradigma dei tratti si distinguono due approcci di ricerca: quello centrato sulla variabile e quello centrato sulla persona. Nel primo approccio si indagano i tratti di base della personalità e il loro impatto sul comportamento. Nel secondo caso le caratteristiche individuali che formano la personalità sono considerate un sistema complesso integrato (Bergman et al., 2001). Il paradigma dei tratti rientra nell'approccio di studio centrato sulle variabili. Lo sviluppo della ricerca in questo ambito indaga i tratti di base comuni a tutti gli individui, che possano costruire una struttura comprensiva e condivisa delle dimensioni che costituiscono la personalità (Barenbaum & Winter, 2008; Cervone, 2005). Diversi autori

propongono tassonomie di tratti, disposizioni o fattori, differenti per quantità e nome degli elementi necessari e sufficienti per descrivere la personalità in modo adeguato (Caprara et al., 1993b). Il modello di Cattell (Cattell et al., 1970) prevede 16 fattori, quello di Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1985) individua tre “superfattori”, quello di Guilford (Guilford & Zimmermann, 1949) prevede dieci fattori principali, quello di Comrey (1970; 1995) ne indica otto.

Solo recentemente numerose ricerche affermano la possibilità di unificare tali modelli nel quadro di un sistema penta-fattoriale (Caprara et al., 1993a). Le dimensioni (e sottodimensioni) di questo modello sono: Estroversione/Energia (socievolezza, loquacità, assertività, livello di attività, dinamismo), Amicalità (altruismo, prendersi cura, dare supporto, cooperatività, fiducia), Coscienziosità (capacità di autoregolazione, precisione, accuratezza, scrupolosità, tenacia, perseveranza), Stabilità Emotiva (capacità di controllare le reazioni emotive, stabilità di umore, assenza di affetti negativi, capacità di controllare la rabbia e l'irritazione), Apertura Mentale (apertura alla novità, ampi interessi culturali, originalità, creatività). Nel loro insieme, vengono indicati come i cinque grandi fattori di personalità o “Big Five” (Goldberg, 1990). L'esame delle relazioni tra i descrittori della personalità ha ripetutamente riproposto questi cinque fattori, indipendentemente dalle tecniche di analisi dei dati, dalle modalità di valutazione adottate, dalle caratteristiche dei soggetti esaminati, dai contesti linguistici e culturali (Caprara et al., 1993a). Goldberg (1993) considera i Big Five alla stregua della latitudine e della longitudine, poiché su questa trama andrà “mappato” ogni nuovo costrutto relativo alla personalità. Anche il *Five Factor Model* (Costa & McCrae 1985) utilizza questi fattori, ma, a differenza del Big Five, che impiega i tratti per costruire dei profili e delle categorie di comportamento, il Five Factor Model li considera costrutti endogeni, dai quali si sviluppano le tendenze disposizionali delle persone (McCrae & Costa, 1997). Un consistente numero di ricerche conferma la validità di questi modelli (Costa & McCrae, 2006; McAdams & Olson, 2010; McCrae & Costa, 2003). In Italia, Caprara e colleghi dimostrano la validità e l'attendibilità del modello anche per l'età evolutiva, a partire dagli otto anni di età (Caprara et al., 1993a).

Conclusione

La promozione della salute, intesa come stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale, è un compito che coinvolge l'individuo a tutto tondo e l'intera società. Essa chiama in causa lo stile di vita, le diverse dimensioni del benessere soggettivo e psicologico, le risorse, gli spazi di libertà e di possibilità di ciascun essere umano (a sviluppo tipico o atipico), visto come parte integrante di una collettività che ha bisogno del contributo di ciascuno.

Le istituzioni giocano un ruolo chiave e, tra queste, la scuola può implementare interventi volti a incrementare la salute, il benessere e le risorse personali, interagendo in modo positivo con le altre istituzioni ed il territorio.

Per raggiungere questo scopo è necessario indagare tutte le dimensioni del benessere degli alunni, per poi procedere alla progettazione e all'attuazione di interventi efficaci.

Capitolo II – La ricerca: scuola, crescita, salute psicofisica

Introduzione

La scuola e in particolare il primo ciclo dell'istruzione occupa una posizione di rilievo nel percorso educativo di crescita dei bambini e delle bambine. È una seconda casa e, al tempo stesso, la prima società che l'individuo sperimenta al di fuori dalla famiglia e dalla cerchia dei parenti e amici più stretti. Scuola è anche il luogo di condivisione dei valori e della cultura di una società, ormai sempre meno ristretta nell'ambito dei confini nazionali e sempre più proiettata verso una visione globale e integrata dell'umanità. Gli studenti tra i 6 e gli 11 anni (almeno nel nord Italia, dove è molto diffuso il tempo pieno), trascorrono a scuola mediamente 38 ore alla settimana, per 8 mesi. Sono circa 1500 ore all'anno, escludendo le festività e le vacanze. Più o meno l'equivalente di 60 CFU. Moltiplicato per 5 anni di scuola primaria, si arriva a 7500 ore. Questi numeri danno l'idea dell'impatto potenziale dell'attività degli insegnanti sulla formazione dei cittadini di domani e nella costruzione del loro benessere.

Per sfruttare appieno questa potenzialità, è fondamentale comprendere a fondo lo stato di fatto, per costruire progetti di intervento sui bisogni reali e con le risorse disponibili.

Nell'ambito della promozione della salute, numerose sono le ricerche che si occupano dello stile di vita dei bambini in età scolare. Meno numerosi sono gli studi sui comportamenti di insegnanti e genitori, pochi i rilievi sull'impatto degli interventi di promozione alla salute (frutta nelle scuole, educazione alimentare, avviamento allo sport e simili) e scarse o nulle sono le indagini sullo stile di vita dei bambini con disabilità o disturbi dell'apprendimento. La presente ricerca esplora, in un ambito limitato, questo tema. Cerca inoltre di mettere in luce le relazioni tra il benessere, lo stile di vita e i risultati scolastici, tenendo conto delle percezioni di alunni, genitori e insegnanti.

Campione

La ricerca è stata condotta presso due scuole primarie di due Istituti Comprensivi Statali: uno a Milano e uno nella provincia di Monza Brianza. In queste scuole sono attivati progetti di educazione alimentare. L'intervento educativo è messo in atto anche nella mensa scolastica, dalle insegnanti di classe, che invitano i bambini ad assaggiare tutti gli alimenti proposti, anche se non incontrano il gusto personale.

In totale sono stati coinvolti 515 partecipanti: 426 alunni, di cui 363 a sviluppo tipico e 63 con disabilità o disturbi dell'apprendimento, 33 genitori e 56 insegnanti. La scelta di includere nel campione soltanto i genitori dei bambini con disabilità, rivelatasi purtroppo poco produttiva per le difficoltà di reclutamento, è stata orientata dal desiderio di approfondire la conoscenza di questo specifico settore.

All'interno del campione, sono stati individuati di volta in volta sottogruppi diversi, in base alle caratteristiche dei singoli studi, esposti nelle prossime sezioni.

Procedura della ricerca

Sono state predisposte due batterie di strumenti, per indagare il benessere soggettivo e psicologico, la personalità, la qualità della vita, lo stato di salute, le abitudini alimentari e la pratica di attività fisica nei bambini e negli adulti (genitori e insegnanti).

La ricerca ha ottenuto il parere positivo del Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano. Per le scuole coinvolte si è acquisito il parere favorevole degli organi collegiali (Collegio dei Docenti e Consiglio d'Istituto). Si è proceduto poi ad inviare una lettera informativa a tutti gli adulti coinvolti (insegnanti, genitori partecipanti e genitori dei bambini partecipanti), descrivendo lo scopo della ricerca e le modalità di diffusione dei dati, garantendo l'anonimato. La ricerca è stata presentata ai bambini come opportunità per comunicare in modo anonimo alla scuola il proprio stato di benessere o malessere, le difficoltà e le risorse, ciò che nella scuola o nella loro vita dovrebbe o potrebbe essere cambiato. È stato affermato l'interesse degli adulti ad ascoltare la voce ed il punto di vista dei bambini. La quasi totalità degli alunni ha dimostrato soddisfazione ed orgoglio di

fronte alla richiesta ed ha partecipato con entusiasmo, nonostante la batteria richiedesse mediamente tre ore di lavoro. La somministrazione è stata distribuita su due giornate, lavorando per circa un'ora e mezza ogni volta, per non eccedere nella richiesta di attenzione e di impegno.

Ogni batteria è stata contrassegnata da un codice, che ha permesso di aggregare i dati per classe e per istituto, in fase di analisi, mantenendo l'anonimato dei singoli partecipanti.

Strumenti

Sono stati utilizzati strumenti atti a rilevare aspetti edonici ed eudaimonici del benessere. L'analisi ha approfondito in letteratura gli aspetti legati all'applicazione e alla validazione nel contesto culturale italiano. Per indagare lo stile di vita dei bambini è stato utilizzato il questionario Multiscopo ISTAT, limitatamente agli item relativi alle abitudini alimentari e all'attività fisica. Di seguito gli strumenti selezionati.

Batteria per gli alunni

Tutti gli strumenti di questa batteria sono stati somministrati individualmente agli alunni con disabilità intellettiva e comportamentale o difficoltà di apprendimento. Per i bambini a sviluppo tipico, si è proceduto con la somministrazione collettiva, in ogni classe. Gli insegnanti sono sempre stati presenti. Gli item sono stati accuratamente illustrati e letti, uno ad uno, dalla ricercatrice a tutta la classe, incoraggiando i bambini a chiedere ulteriori spiegazioni per i termini poco chiari, ponendo la massima cura, durante le spiegazioni, a non influenzare in alcun modo la risposta. Nella presentazione iniziale ad ogni classe o singolo alunno, si è sempre sottolineata la natura degli strumenti, per differenziarla chiaramente dai test di verifica, ai quali i bambini sono abituati. È stato dato ampio rilievo al fatto che non esistono opinioni o emozioni giuste o sbagliate, che le risposte ai test e ai questionari avrebbero dovuto essere spontanee e sincere ("scrivi la prima cosa che ti viene in mente"), perché l'interesse era rivolto unicamente alla comprensione del loro modo di vedere e di sentire e non ci sarebbe stato alcun giudizio sulle prestazioni.

Per alcuni bambini con ritardo mentale lieve o moderato, è stata somministrata unicamente l'intervista semistrutturata, avvalendosi anche dei supporti di comunicazione alternativa aumentativa.

Stile di vita

Lo stile di vita dei partecipanti è stato indagato, per alcuni aspetti, con il *Questionario multiscopo ISTAT*. Lo strumento è stato utilizzato operando una selezione degli item, che ha permesso di rilevare alcune variabili demografiche (sesso, età, altezza, peso, condizioni di salute, uso di farmaci), abitudini alimentari (tipo di colazione, pasti fuori casa, frequenze nel consumo dei diversi alimenti) e attività fisica (continuativa o sporadica, numero di ore settimanali dedicate, utilizzo di struttura a pagamento, associazione a club o società sportivi). Il questionario, utilizzato dall'ISTAT su tutto il territorio italiano, consente la comparazione dei dati con quelli raccolti a livello nazionale; infatti i dati di tutte le rilevazioni effettuate dall'Istituto sono pubblici e disponibili sui siti dedicati.

Qualità della vita

Per valutare la qualità della vita è stato utilizzato il *PedsQL – Pediatric Quality of Life Inventory* (Varni, J.W., 1999; 2001; versione italiana Trapanotto, M., et al., 2009). Lo strumento misura la qualità della vita in relazione alle condizioni di salute (Health Related Quality of Life - HRQOL) di bambini e adolescenti, sani o con patologie acute e croniche. Il PedsQL si compone di una scala generica (self-report, dai 5 ai 18 anni e parent proxy-report dai 2 ai 18 anni), che costituisce il nucleo nella misurazione e da una serie di moduli specifici per le diverse patologie. La scala di base generica, utilizzata in questa ricerca, è costituita da 23 item su scala 0-5 che indagano le seguenti dimensioni della salute: funzionamento fisico (8 item), emotivo (5 item), sociale (5 item), scolastico (5 item). Gli item sono stati rovesciati e trasformati in modo lineare su una scala da 0 a 100 punti. Non sono stati considerati i questionari e le scale con un numero di missing superiore al 50% delle risposte. Laddove i valori mancanti erano meno del 50% è stata effettuata una sostituzione con i valori medi della stessa scala, come specificato nelle istruzioni per lo scoring. Lo scoring è stato effettuato sommando i valori degli item di ciascuna scala e dividendo il risultato per il numero di

risposte. Il punteggio totale è risultato dalla somma di tutti i valori delle risposte, divisa per il numero totale degli item. Lo strumento è adeguato a diverse fasce di età dello sviluppo (età 2-18) e presenta alti valori di affidabilità (Alfa di Cronbach = 0.88).

Benessere soggettivo

Il benessere soggettivo dei bambini è stato rilevato utilizzando *la MSLSS - Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale* (Huebner, 1994; Huebner et al., 1998; validazione italiana: Zappulla et al., 2014)

Lo strumento è una scala multidimensionale self-report predisposta per studenti di età compresa tra i 7 ed i 17 anni. La versione corrente comprende 40 item finalizzati alla valutazione della soddisfazione in 5 specifici domini: scuola (8 item), area del sé (7 item), famiglia (7 item), amici (9 item) ed ambiente di vita (9 item). Per ogni item sono a disposizione 4 risposte: mai, qualche volta, spesso, quasi sempre. Nella codifica, i punteggi delle domande negative vengono invertiti, in modo che alti punteggi indichino un alto grado di soddisfazione. Per ottenere i punteggi delle sottoscale, si divide il punteggio complessivo del dominio per il numero degli item del dominio stesso. Gli item sono molto semplici, quindi comprensibili per i bambini.

Lo strumento presenta buone caratteristiche psicometriche. Uno dei primi lavori in lingua italiana si è servito di una back-translation. Questo studio, tra i pochissimi riguardanti la fascia d'età di nostro interesse, che coinvolge 132 partecipanti, dimostra valori accettabili per il punteggio totale ($\alpha=0.83$), per se stessi ($\alpha=.61$), per la famiglia ($\alpha=.69$), per gli amici ($\alpha=.74$), per la scuola ($\alpha=.74$) e per l'ambiente di vita ($\alpha=.79$) (Businaro et al., 2014).

Autoefficacia

Per misurare l'autoefficacia è stato utilizzata la *ASCP - Scala di autoefficacia scolastica percepita* (validazione italiana: Pastorelli et al., 2001a).

Lo strumento misura le convinzioni dei bambini/ragazzi circa la loro capacità di studiare determinate materie scolastiche (matematica, italiano, lingue, ecc.), di regolare la propria motivazione e lo svolgimento delle attività scolastiche, di trovare supporto al proprio apprendimento e di trovare modalità di studio che lo

favoriscano (Caprara, 2001). Si compone di 19 item, suddivisi in due gruppi. Il primo inerente alla capacità nelle diverse materie scolastiche, il secondo le capacità di regolazione della motivazione e dell'organizzazione del lavoro scolastico.

Il soggetto deve valutare quanto si sente capace nell'attività descritta da ciascun item, attribuendo un punteggio su una scala Likert a 5 punti (per nulla capace, poco capace, mediamente capace, molto capace, del tutto capace). La valutazione dei punteggi grezzi, per la fascia d'età esaminata, si effettua mediante l'attribuzione ad una delle cinque classi: molto basso (19-64), basso (65-72), medio (73-78), alto (79-83) molto alto (84-95). L'attendibilità è stata calcolata con Alpha di Cronbach e coefficiente di correlazione medio item-scala totale corretto. Per la scuola primaria i coefficienti sono risultati soddisfacenti ($\alpha=.83$ e $r\text{-medio}=.43$) (Pastorelli & Picconi, 2001b).

Benessere eudaimonico

La scala scelta per misurare il benessere psicologico ed il funzionamento positivo dell'individuo è il *PWB-18 - Psychological Well-being Scales* (Ryff C.D., 1995 – versione italiana Ruini et al., 2003), un questionario autovalutativo composto da 18 item suddivisi in 6 scale che rappresentano le dimensioni di benessere psicologico: auto-accettazione, autonomia, controllo ambientale, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive. Gli item sono stati adattati, seguendo rigorose procedure di analisi linguistica, per migliorarne la comprensione da parte di bambini di 8/9 anni o con disabilità cognitive. I bambini hanno riportato il loro grado di accordo con le affermazioni contenute negli item, su una scala Likert da 1 (per niente d'accordo) a 4 (completamente d'accordo). Gli item negativi sono stati rovesciati. Il punteggio totale è stato calcolato dividendo la somma di tutti i punteggi per il numero degli item. Lo stesso procedimento è stato applicato per le singole sottoscale. La versione italiana utilizzata, a 18 item, dimostra buone capacità psicometriche e una solida struttura fattoriale (Fava et al., 2001; Ruini et al., 2003; 2009; Giannetti et al., 2006; Sirigatti, 2009).

Personalità

Il *BFQ-C Big Five Questionnaire for Children* (validazione italiana: Barbaranelli, Caprara e Rabasca 1998b) è una versione adattata per l'età dello sviluppo del Big Five Questionnaire (John, Donhaue & Kentle, 1991). È disponibile in tre forme: autovalutazione 8-10 anni, autovalutazione 11-14 anni ed etero-valutazione 8-14 anni con la quale la personalità del soggetto viene valutata da un osservatore. La versione utilizzata (8-10) è composta da 65 item, equamente suddivisi in 5 scale, che interessano le cinque dimensioni utilizzate dal modello di riferimento per la descrizione e la valutazione della personalità: energia/estroversione (13 item), amicalità (13 item), coscienziosità (13 item), stabilità emotiva (13 item), apertura mentale (13 item). Il questionario di autovalutazione per la fascia d'età 8-10 anni, che è stato utilizzato, prevede l'attribuzione di risposte su scala Likert a 3 punti: quasi mai, poche volte, tante volte. La versione italiana, validata su un campione di 432 bambini delle ultime 2 classi della scuola elementare, e 968 ragazzi di scuola media inferiore, ha dimostrato una buona validità di scala. Anche l'attendibilità si è rivelata conforme ai criteri standard con punteggi α compresi tra .66 e .76 per le cinque dimensioni (Barbaranelli et al., 1998a). I punteggi grezzi risultanti dalla somma dei punteggi di ciascuna dimensione devono essere convertiti in punteggi standardizzati, utilizzando le apposite tabelle diversificate per sesso.

Batteria per i genitori e gli insegnanti

Questionario multiscopo ISTAT

È stata utilizzata la stessa selezione di item utilizzata per i bambini (come sopra riportato).

PWB-18 - Psychological Well-being Scales (Ryff C.D., 1995 – versione italiana Ruini et al., 2003)

Lo strumento è descritto nella sezione precedente.

BFQ-C Big Five Questionnaire for Children etero-somministrato (John, 1991, validazione italiana: Barbaranelli, Caprara e Rabasca, 1998b)

Per i genitori e gli insegnanti è stata impiegata la versione di etero-valutazione 8-14 anni, composta da 65 item, equidivisi in 5 scale, che valutano le cinque dimensioni utilizzate dal modello di riferimento per la descrizione e la valutazione della personalità dei figli/alunni: energia/estroversione (13 item), amicalità (13 item), coscienziosità (13 item), stabilità emotiva (13 item), apertura mentale (13 item). In questa versione le risposte si distribuiscono su una scala Likert a 5 punti: quasi mai, poche volte, qualche volta, tante volte, quasi sempre. La validazione italiana (Barbaranelli et al., 1998b) è stata effettuata su un campione di 995 genitori e 1696 insegnanti. Lo strumento ha dimostrato una buona validità nonché elevati punteggi di attendibilità (alpha di Cronbach compresa tra .79 e .82).

Questionario Variabili Demografiche: Raggruppa una serie di domande relative a genere, età, titolo di studio, occupazione, stato civile, composizione del nucleo familiare, religione

Tecniche di analisi dei dati

La codifica ed elaborazione dei dati sono state condotte con metodiche e procedure standardizzate, e l'uso dei pacchetti statistici SAS STAT e IBM SPSS Statistics.

Sono state utilizzate tecniche di statistica descrittiva e inferenziale, rilevando la distribuzione nei diversi gruppi, le correlazioni tra variabili, utilizzando il test di Mann-Whitney, il test di Pearson, il test di Wilcoxon, il t-test di Student e la regressione lineare multivariata con metodo stepwise.

Studio 1 – Salute, stile di vita e qualità della vita

Obiettivi e ipotesi di ricerca

Nel primo studio il centro dell'attenzione è sulla salute e lo stile di vita di alunni a sviluppo tipico; per quanto riguarda gli alunni con disabilità, i dati sono stati raccolti anche tra i loro genitori e insegnanti.

L'indagine, di tipo esplorativo, è volta a evidenziare le eventuali differenze nello stile di vita dei partecipanti e le eventuali correlazioni con la qualità della vita ed i livelli di benessere.

Risultati

Stato nutrizionale degli adulti

Il questionario ISTAT è stato compilato da 25 genitori, di cui 1 maschio 25 femmine, di età media 44,13 (DS 5,73, min. 32, max. 55) e da 52 insegnanti di cui 48 femmine e 4 maschi, di età media 44,36 (DS 10,55, min. 25 max. 63).

Per gli adulti è stato calcolato il BMI come rapporto tra peso (espresso in chilogrammi) e quadrato dell'altezza (espressa in metri). Il BMI è stato successivamente categorizzato in quattro livelli, in linea con la classificazione standard della WHO (2000): sottopeso (BMI<18.5), normopeso (BMI compresa tra 18.5 e 24.9), sovrappeso (BMI tra 25 e 29.9) e obesità (BMI>30).

È stato successivamente confrontato il livello nutrizionale dei due gruppi di adulti con i risultati di una recente ricerca che ha analizzato i dati di oltre 14.000 adulti di 20 regioni italiane (Gallus et al., 2013).

Tabella 1: Stato nutrizionale adulti

Stato nutrizionale	Genitori		Insegnanti		Popolazione generale*
	Freq.	%	Freq.	%	%
Sottopeso	3	12,0	2	3,9	3.1
Normopeso	16	64,0	37	71,1	56.2
Sovrappeso	6	24,0	13	25,0	31.8
Obesi	0	0,0	0	0,0	8.9
Totale	25	100	52	100	100

* (Gallus et al, 2013)

Sono stati effettuati test non parametrici per rilevare la significatività delle differenze tra i campioni. Il test di Mann-Whitney ha evidenziato differenze significative (,000) sia tra genitori e popolazione generale, sia tra insegnanti e popolazione generale. La percentuale di adulti sovrappeso e obesi è significativamente più bassa nel nostro campione, rispetto al campione dello studio di Gallus e colleghi (2013).

Stato nutrizionale dei bambini

Per valutare lo stato nutrizionale dei bambini è stato calcolato il Body Mass Index (BMI), come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi e il quadrato dell'altezza espressa in metri. Per la classificazione sono stati impiegati i cut-off standard internazionali, sotto riportati, ricavati utilizzando le diverse curve di crescita (per maschi e femmine) elaborate dal National Centre for Health Statistics in collaborazione con il Centre for Disease Control and Prevention nel 2002.

Di seguito la classificazione utilizzata per i bambini

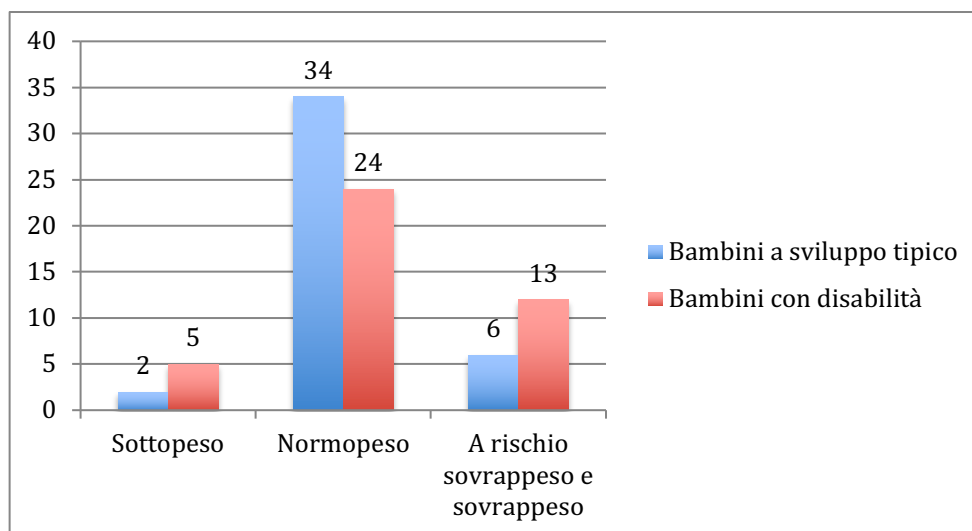
Sottopeso:	inferiore al 5° Percentile
Normale:	dal 5° all'85° Percentile
A rischio di sovrappeso:	dal 85° al 95° Percentile
Sovrappeso:	superiore al 95° percentile

Al questionario Multiscopo ISTAT hanno risposto 405 alunni. Sono stati estrapolati dal campione due gruppi bilanciati per genere ed età: 42 alunni con disabilità, di cui 22 maschi e 20 femmine, di età media 9,72 (DS 1,63 min. 8 max 12) e 42 alunni a sviluppo tipico, di cui 20 maschie e 22 femmine, di età media 9,44 (DS 1,58, min.8, max 11). Sono state analizzate le frequenze dello stato nutrizionale e il test di Mann-Whitney non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Ciononostante, si rileva uno stato nutrizionale leggermente peggiore nei bambini con disabilità (Tabella 2).

Tabella 2: Stato nutrizionale bambini

Stato Nutrizionale	Alunni a sviluppo tipico		Alunni con disabilità	
	Freq.	%	Freq.	%
Sottopeso	2	4,76	5	11,90
Normopeso	34	80,95	24	57,14
Rischio sovrappeso	2	4,76	7	16,67
Sovrappeso	4	9,53	6	14,29
Totali	42	100	42	100

Figura 2: Confronto stato nutrizionale bambini

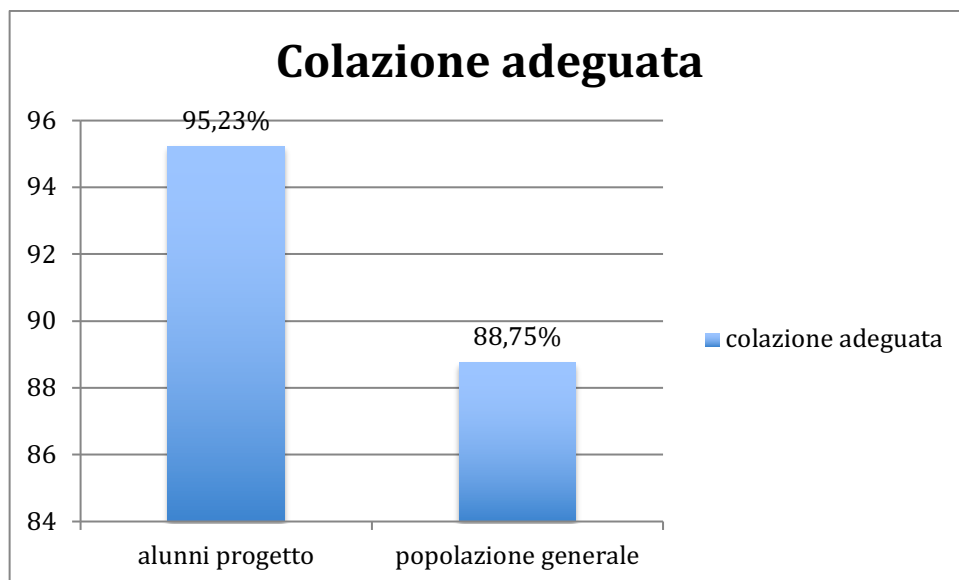


Dieta

Sono state esplorate le abitudini alimentari dei bambini, utilizzando, come descritto, una selezione di item del Questionario Multiscopo Istat. Sono stati analizzati in particolare gli aspetti caratterizzanti uno stile di vita sano. Come illustrato nel primo capitolo, nella dieta assumono rilievo particolare il consumo di una colazione adeguata e di almeno 5 porzioni di frutta e verdura fresca e un consumo limitato di dolci e snack.

Per quanto riguarda la prima colazione, sono stati effettuati confronti tra il campione complessivo (426 alunni, di cui 199 maschi, 220 femmine, 7 mancanti, età media 9,088, ds 1,18) e la popolazione generale. Come mostrato nella figura, il 95,23% del campione consuma una colazione adeguata, collocandosi significativamente al di sopra del consumo medio della popolazione generale (dati ISTAT).

Figura3: Colazione adeguata



Per gli altri item considerati, sono stati confrontati due gruppi bilanciati: 42 alunni con disabilità, di cui 22 maschi e 20 femmine, di età media 9,72 (DS 1,63 min. 8 max 12) e 42 alunni a sviluppo tipico, di cui 20 maschie e 22 femmine, di età media 9,44 (DS 1,58, min.8, max 11) ed i dati relativi alla popolazione generale della stessa fascia di età.

Per quanto riguarda il consumo di frutta, verdura e ortaggi si osserva un'assunzione più elevata nei bambini a sviluppo tipico, decisamente più bassa nei bambini con disabilità. L'analisi della varianza ha evidenziato differenze significative ($p < 0,05$) nel confronto tra i gruppi a sviluppo tipico e con disabilità, relativamente al consumo di frutta.

Figura4: Consumo adeguato di verdura e frutta. * $p < 0,05$

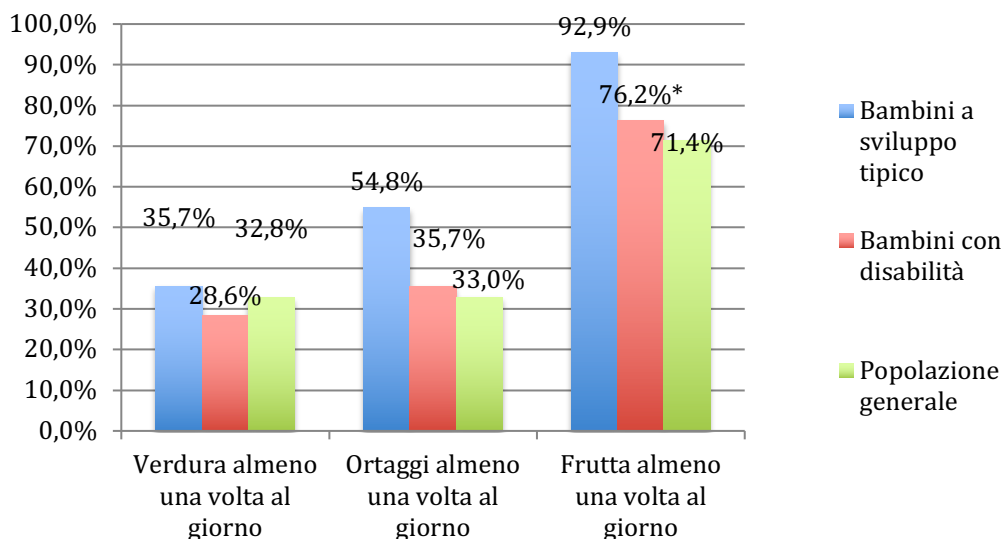
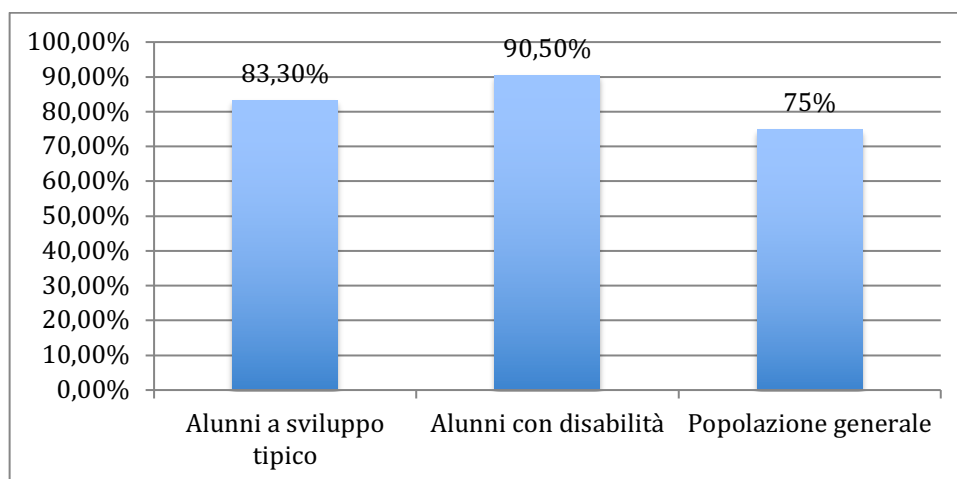


Figura5: Consumo di dolci almeno qualche volta alla settimana

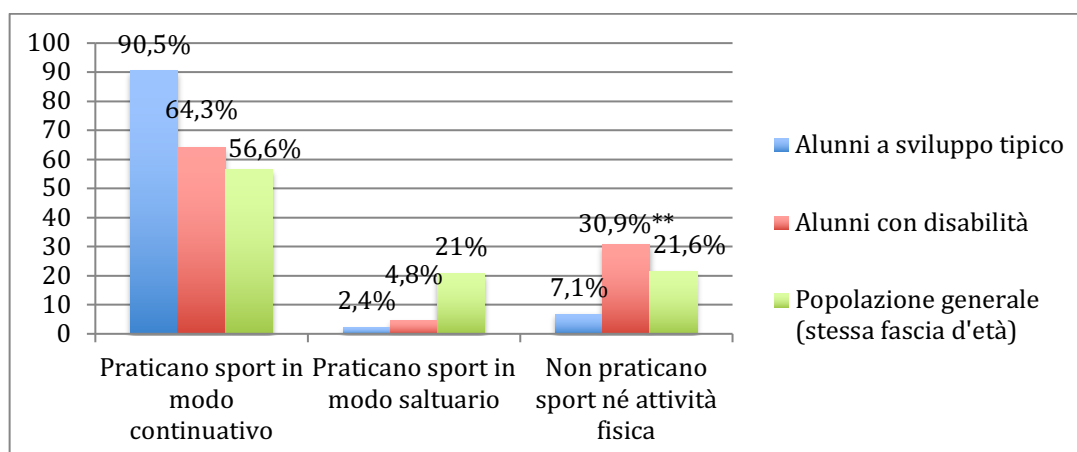


Il consumo di dolci almeno qualche volta a settimana è superiore nel campione di alunni con disabilità, ma l'analisi dei dati non ha mostrato differenze significative a livello statistico.

Sport e attività fisica

L'attività fisica rappresenta la base di uno stile di vita sano, come documentato da numerose ricerche. Nel campione esaminato il 90,5% dei partecipanti pratica sport in modo costante, mentre all'interno della popolazione generale della stessa fascia d'età, soltanto il 56,6%. Meno positivo il confronto tra il gruppo a sviluppo tipico ed il gruppo con disabilità, che ha evidenziato differenze statisticamente significative: quasi un terzo degli alunni con disabilità non praticano sport né altre forme di attività fisica. Questo dato è da indagare ulteriormente, poiché questa situazione genera due tipi di problemi. Il primo legato ad un possibile peggioramento delle condizioni di salute di bambini svantaggiati, il secondo connesso agli interventi sul contesto politico-sociale, che dovrebbe garantire a ciascuno opportunità di crescita e di partecipazione nell'ambito sportivo.

Figura6: Sport e attività fisica



** p<0,01 rispetto al campione di alunni a sviluppo tipico

La qualità della vita collegata alla salute

Il questionario PedsQL 4.0 core è stato somministrato ad un campione di 398 alunni, di cui 360 a sviluppo tipico e 38 con disabilità, 189 maschi e 209 femmine, età media 9,06 (DS 1,24, min. 7, max. 12).

I punteggi medi risultano elevati, anche se non è stato possibile effettuare comparazioni con dati relativi alla popolazione generale.

Tabella 3: Qualità della vita percepita dai bambini

Dimensioni	Media	Deviazione standard	Varianza
Funzionamento fisico	93,07	6,37	40,63
Funzionamento emotivo	64,24	18,01	324,40
Funzionamento sociale	67,55	15,00	224,93
Funzionamento scolastico	70,64	17,04	290,43
Punteggio totale	76,38	9,86	97,16

Sono stati successivamente costruiti due campioni bilanciati per genere, età e scuola frequentata, per valutare eventuali differenze tra alunni a sviluppo tipico e alunni con disabilità. Nei punteggi di questo test non sono emerse differenze significative tra i gruppi.

Studio 2 - Il benessere e la personalità

Obiettivi

Questo studio, di carattere esplorativo, si propone di indagare le componenti del benessere edonico ed eudaimonico dei bambini della scuola primaria e le relazioni tra queste componenti con i tratti di personalità. È stato incluso nella ricerca anche un campione di insegnanti e di genitori di alunni con disabilità.

L'ipotesi di base, come si evince dal quadro teorico di riferimento (modello biopsicosociale e ICF), è che il benessere dei bambini sia influenzato da una serie di fattori personali (i tratti di personalità o l'autoefficacia) e ambientali (i genitori e gli insegnanti). Sono stati quindi indagate le relazioni tra questi fattori. Una seconda ipotesi riguarda la relazione tra benessere e disabilità. Da precedenti lavori (citati nel I capitolo) risulta che la disabilità non sia necessariamente una condizione che determina malessere. Sono stati quindi confrontate le misurazioni del benessere dei bambini a sviluppo tipico e quelle dei bambini con disabilità.

Risultati

Soddisfazione di vita

Il Multidimensional Student Life Satisfaction Scale è stato somministrato a due gruppi bilanciati per età e genere: 39 bambini con disabilità e 39 a sviluppo tipico. Non si rilevano differenze significative nei livelli di soddisfazione relativi ai diversi ambiti di vita tra i due gruppi; ciò permette di confermare l'ipotesi iniziale.

Tabella 4: Confronto tra i livelli di soddisfazione negli ambiti di vita di bambini con disabilità e a sviluppo tipico

Ambiti	Alunni con disabilità (N. 39)		Alunni a sviluppo tipico (N. 39)		Z; p
	M	D.S.	M	D.S.	
Famiglia	3,19	0,35	3,20	0,44	0,90
Amici	2,67	0,29	2,77	0,29	0,20
Scuola	2,51	0,30	2,58	0,32	0,43
Ambiente di vita	2,69	0,27	2,71	0,30	0,84
Area del sé	2,88	0,48	3,11	0,56	0,09
MSLSS totale	2,77	0,22	2,85	0,22	0,17

Benessere psicologico

Il PWB è stato somministrato a 405 alunni, di cui 212 femmine e 193 maschi, di età media 9,09 (DS 1,116). I punteggi totali e delle singole sottoscale sono risultati superiori alla media di scala (2,5). Sono stati effettuati confronti sui livelli di benessere psicologico nelle due scuole (Tabella 5 e grafici successivi), per verificare in che misura contesti diversi influenzino il benessere stesso. Il confronto dei punteggi complessivi del PWB e nelle dimensioni Crescita, Relazioni positive e scopo (test di Wilcoxon) non ha evidenziato differenze tra le scuole. Differenze al limite della significatività si sono rilevate nella distribuzione dei punteggi della variabile Autonomia ($Pr < Z$.0054; $Pr |Z|$.0107), con punteggi più elevati nella scuola di Milano (Figura 6).

I punteggi sono invece più alti nella scuola della provincia di Monza Brianza nella dimensione del Controllo Ambientale (Figura 7, Padr) e dell'Auto-Acettazione (Figura 8, Accett).

Tabella 5: Confronto del benessere psicologico tra scuole

Bambini	Milano (n.262) M (DS)	Provincia (n.143) M (DS)	Totale (n.405) M (DS)
PWB Totale	3,00 (0,37)	3,03 (0,39)	3,01 (0,379)
Autonomia	2,73* (0,57)	2,60 (0,57)	2,68 (0,573)
Controllo Ambientale	2,70 (0,58)	2,82 (0,57)	2,74 (0,579)
Crescita	3,26 (0,59)	3,35 (0,56)	3,29 (0,580)
Relazioni Positive	3,16 (0,66)	3,27 (0,67)	3,16 (0,661)
Scopo	3,09 (0,59)	3,08 (0,57)	3,09 (0,579)
Auto Accettazione	3,03 (0,57)	3,14 (0,59)	3,07 (0,582)

* $p < 0,05$

Figura7: Confronto della distribuzione dei punteggi per la variabile PWB Autonomia tra scuole

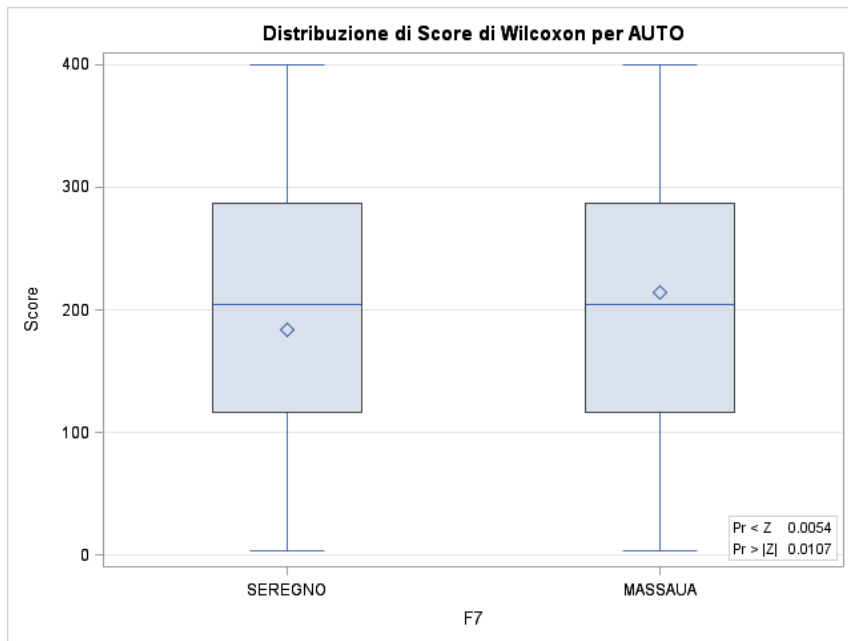


Figura8: Confronto della distribuzione dei punteggi per la variabile PWB Controllo Ambientale t

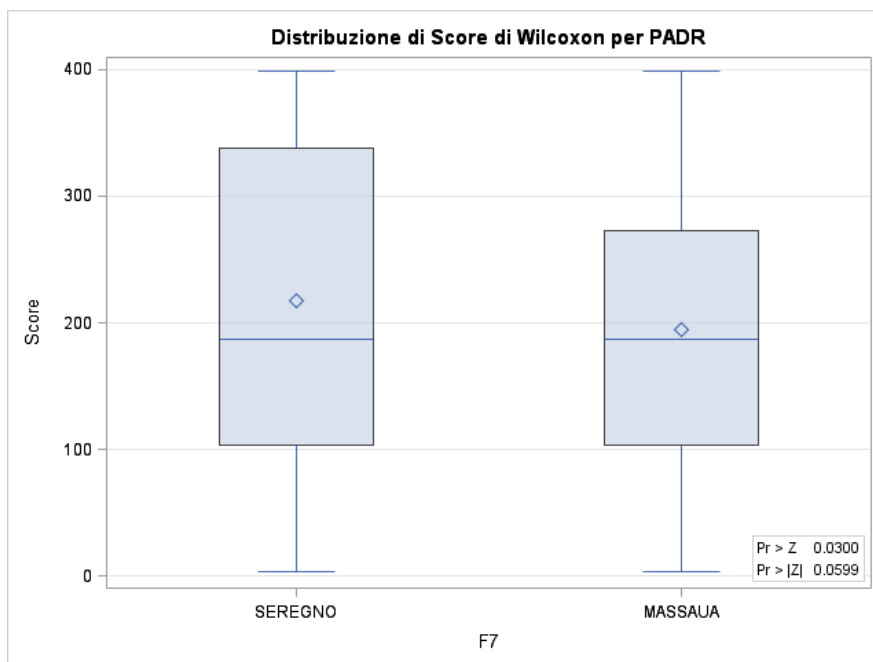
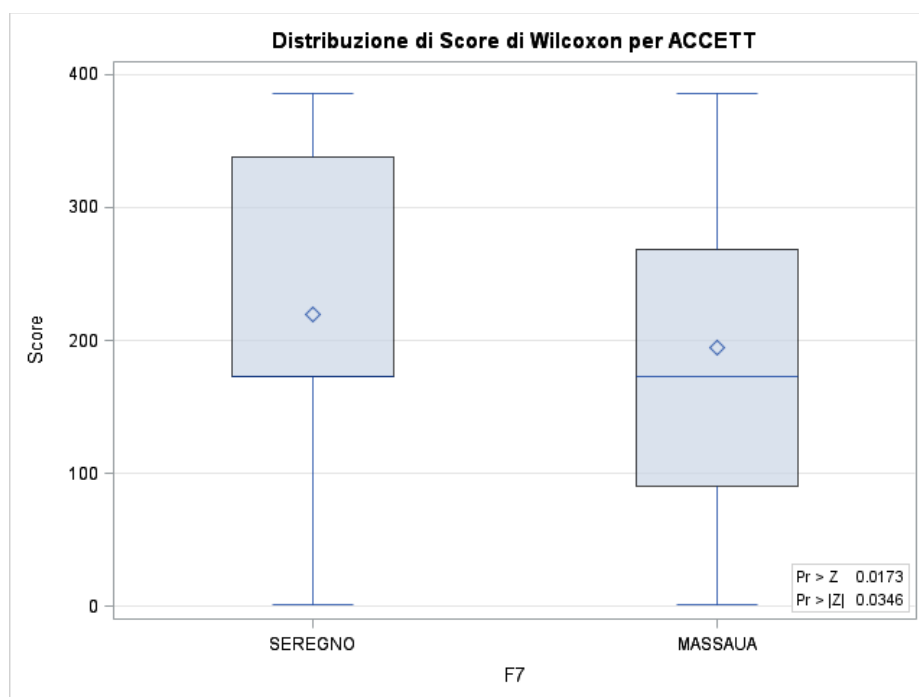
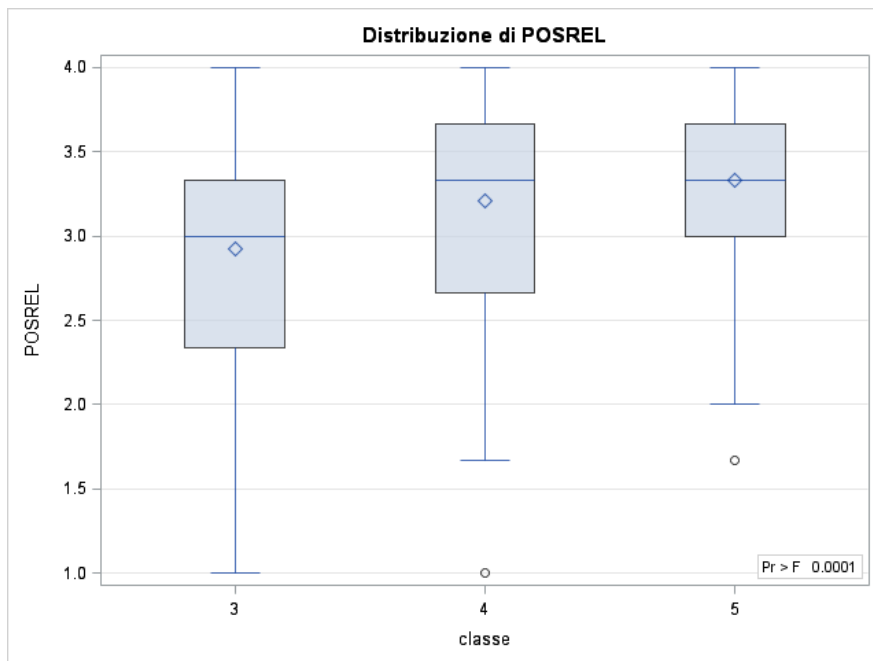


Figura9: Confronto della distribuzione dei punteggi per la variabile PWB Auto-accettazione tra scuole



Sono stati successivamente confrontati i punteggi del PWB totale e delle 5 dimensioni riportati dalle diverse classi di ciascuna scuola. Nella scuola della provincia di Monza Brianza non si apprezzano differenze significative tra i gruppi. Al contrario, sono state riscontrate differenze significative nella variabile PWB totale e molto significative ($Pr > F$ 0,0001) nella variabile Relazioni Positive, tra le classi 3, 4 e 5 della scuola di Milano. Questo dato in particolare suggerisce la necessità di approfondire i determinanti di questa dimensione del benessere psicologico.

Figura10: Confronto della distribuzione dei punteggi per la variabile PWB Relazioni positive tra scuole



Un ulteriore confronto è stato condotto analizzando le distribuzioni dei punteggi nelle varie sezioni, che ha rilevato ulteriori differenze statisticamente significative per le variabili PWB totale, Crescita, ma soprattutto Relazioni Positive ($Pr > F$ 0,0024).

Figura11: Confronto della distribuzione dei punteggi del PWB totale tra le classi

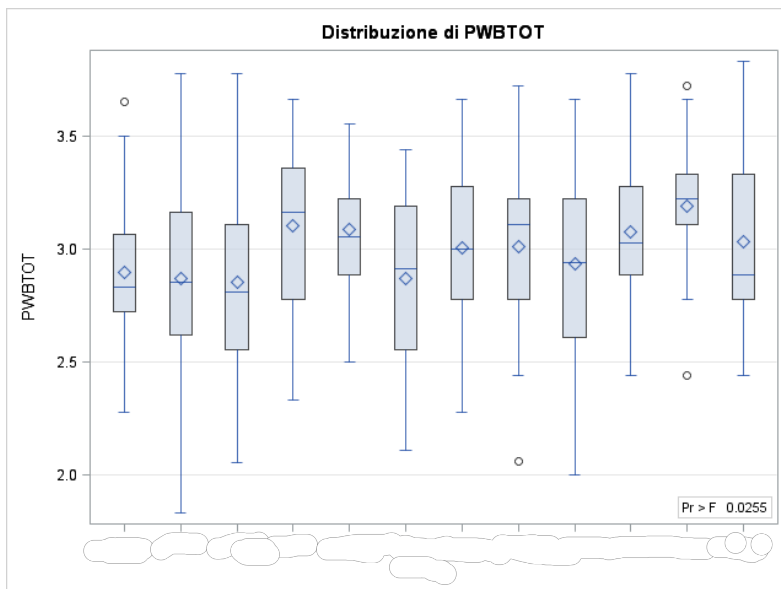


Figura12: Confronto della distribuzione dei punteggi per la variabile PWB Crescita tra le classi

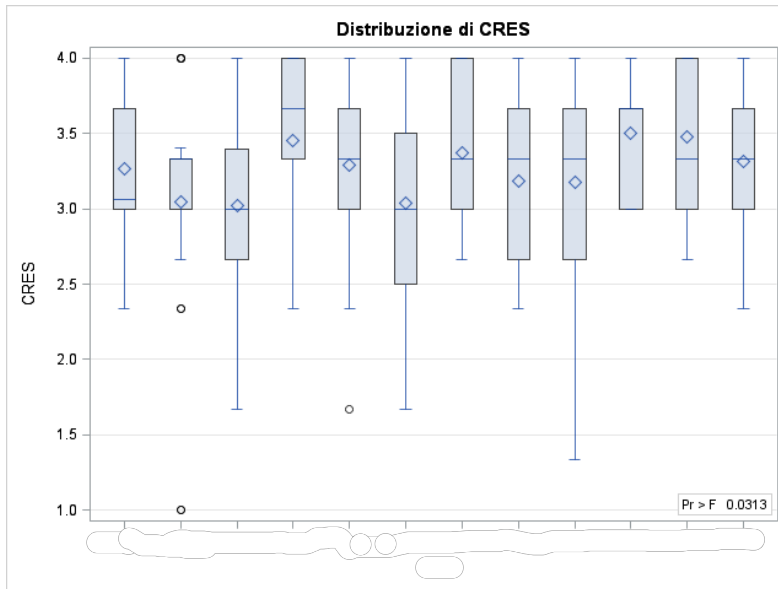
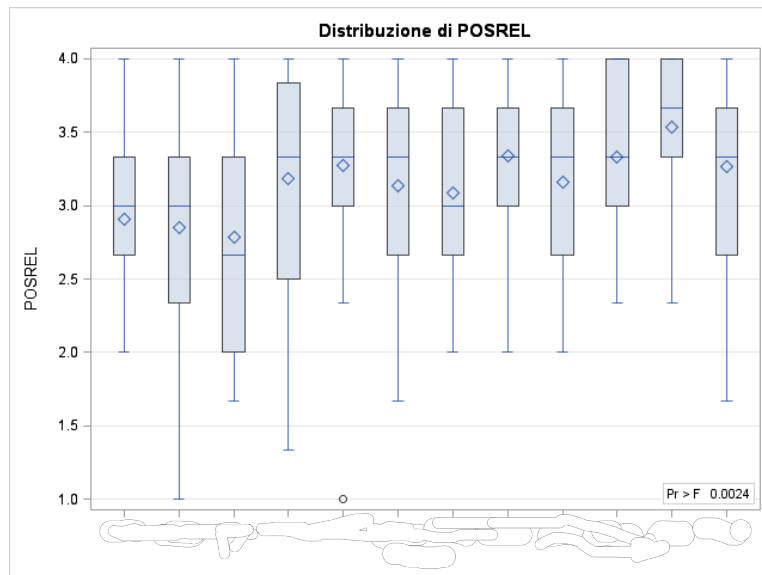


Figura13: Confronto della distribuzione dei punteggi per la variabile PWB Relazioni positive tra le classi



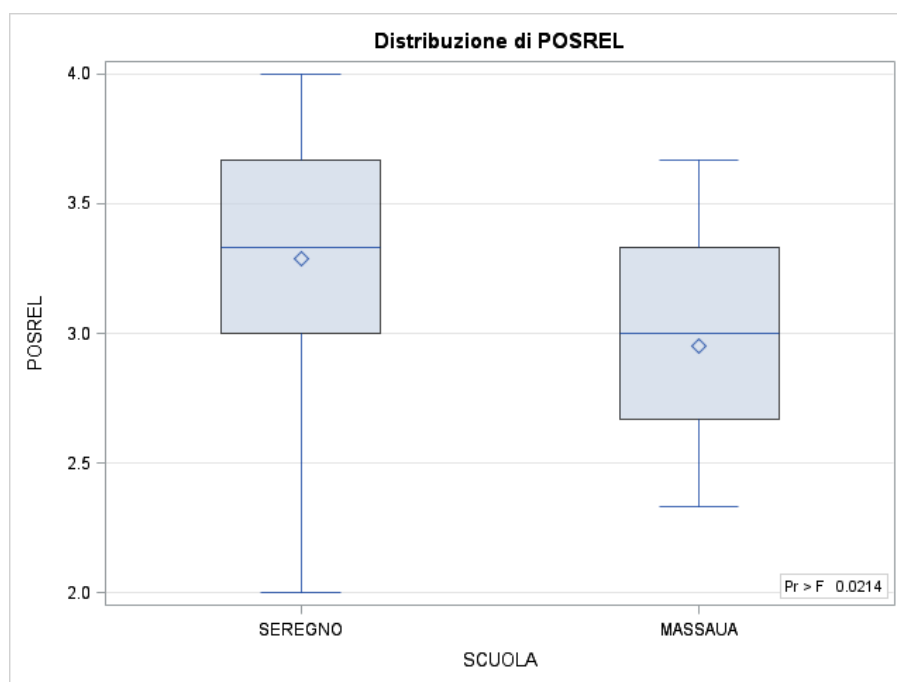
Questi dati confermano la necessità di indagare ulteriormente i fattori ambientali, in particolare gli insegnanti, che hanno un'influenza sulle diverse componenti del benessere dei bambini

Il PWB è stato somministrato anche a 52 insegnanti, di cui 48 femmine e 4 maschi, di età media 44,36 (DS 10,55, min. 25 max. 63) e a 25 genitori, di cui 1 maschio 25 femmine, di età media 44,13 (DS 5,73, min. 32, max. 55). È molto interessante rilevare che anche tra gli insegnanti si rilevano punteggi lievemente più alti (anche se non statisticamente significativi) nella scuola della provincia di Monza Brianza (Tabella 6). Una differenza statisticamente significativa si riscontra nella dimensione Relazioni Positive (Figura 13). Si tratta di un elemento che incoraggia ad approfondire lo studio della relazione tra il del benessere degli insegnanti ed il benessere dei bambini. I livelli di benessere dei genitori sono lievemente inferiori.

Tabella 6: Confronto tra i punteggi delle dimensioni del PWB degli insegnanti delle due scuole e dei genitori

	Insegnanti Milano (n.21) M (DS)	Insegnanti Provincia (n.31) M (DS)	Genitori (n. 31) M (DS)
PWB Totale	3,03 (0,33)	3,17 (0,28)	2,96 (0,32)
Autonomia	3,00 (0,51)	3,18 (0,52)	3,08 (0,49)
Controllo Ambientale	2,91 (0,54)	3,04 (0,48)	2,79 (0,45)
Crescita	3,32 (0,49)	3,34 (0,56)	3,25 (0,49)
Relazioni Positive	2,95 (0,41)	3,29 (0,56)	2,81 (0,86)
Scopo	3,23 (0,45)	3,25 (0,44)	3,02 (0,51)
Auto Accettazione	2,79 (0,51)	2,94 (0,33)	2,80 (0,57)

Figura14: Confronto della distribuzione dei punteggi per la variabile PWB Relazioni Positive tra gli insegnanti delle due scuole



Autoefficacia

Il test di autoefficacia è stato somministrato a 402 alunni, di cui 211 femmine e 191 maschi, età media 9,05 (ds 1,026), 363 a sviluppo tipico e 28 con disabilità. Il punteggio medio del test relativo all'intero campione è di 67,63 (ds 11,47), quindi la percezione media è di una bassa autoefficacia.

Sono stati confrontati i gruppi delle due scuole partecipanti, utilizzando il test U di Mann-Whitney, che non ha evidenziato differenze significative tra le scuole e tra i generi: maschi e femmine registrano livelli equivalenti di autoefficacia percepita. Differenze significative si registrano invece tra alunni a sviluppo tipico e con disabilità (Tabella 7).

Tabella 7: Confronto dei punteggi di Autoefficacia scolastica percepita (test di Mann-Whitney)

	Alunni a sviluppo tipico (n. 28)	Alunni con disabilità (n. 27)	Z (p)
	<i>M (DS)</i>	<i>M (DS)</i>	
Autoefficacia scolastica totale	71,13 (11,64)	66,09 (11,31)	3,133***

***p<0,001

Personalità

La comparazione effettuata tra il gruppo di bambini con disabilità ed il gruppo dei relativi insegnanti, attraverso lo strumento BFQ-C, ha prodotto i seguenti risultati (Tabella 8).

Le variabili Amicalità, Coscienziosità e Instabilità Emotiva ricadono nella fascia media. Il punteggio medio delle variabili Energia e Apertura Mentale rientrano, a differenza delle altre variabili, nella fascia definita “bassa”. Non ci sono differenze significative tra i risultati del test di autovalutazione e quelli del test di etero-valutazione.

Tabella 8: Confronto dei punteggi delle dimensioni del Big Five Questionnaire auto ed eterosomministrato

Dimensioni	Alunni con disabilità (n. 47)		Insegnanti di sostegno (n. 47)	
	M	D.S.	M	D.S.
Energia	43,86	10,19	43,42	9,69
Amicalità	50,81	10,88	49,27	10,59
Coscienziosità	46,64	9,49	47	8,91
Instabilità emotiva	49,10	8,91	51,90	9,82
Apertura mentale	42,16	8,858	42,42	7,95

Correlazioni

Per valutare l'influenza dei tratti della personalità e dell'autoefficacia sul benessere psicologico sono state effettuate delle correlazioni. È stato utilizzato solamente il campione della scuola di Milano, 265 partecipanti, con disabilità e a sviluppo tipico, di cui 139 femmine e 126 maschi, di età media 8,83 (DS 0,937, min. 7, max. 11), poiché sono stati inclusi nell'indagine anche i risultati scolastici, in termini di profitto, distinguendoli tra materie umanistiche e materie scientifiche (Tabella 9). La matrice evidenzia una correlazione significativa tra i risultati scolastici e l'Apertura Mentale.

L'autoefficacia correla positivamente con Energia, Coscienziosità, Amicalità e Apertura Mentale, mentre il benessere psicologico correla significativamente con tutte le dimensioni del BFQ-C (tabella 9).

Tabella 9: Correlazioni tra le dimensioni del BFQ-C, l'autoefficacia, il PWB totale ed il rendimento nelle materie umanistiche e scientifiche

DIMENSIONI BFQ-C		Autoefficacia totale	PWB Totale	Rendimento materie umanistiche	Rendimento materie scientifiche
ENERGIA	Correlazione di Pearson	,320**	,442**	,112	,128 [*]
	Sign. (a due code)	,000	,000	,071	,039
COSCIENZIOSITÀ	Correlazione di Pearson	,513**	,413**	,132 [*]	,126 [*]
	Sign. (a due code)	,000	,000	,033	,043
AMICALITÀ	Correlazione di Pearson	,400**	,411**	,171 [*]	,146 [*]
	Sign. (a due code)	,000	,000	,006	,018
INSTABILITÀ EMOTIVA	Correlazione di Pearson	-,188**	-,234**	-,127 [*]	-,121
	Sign. (a due code)	,002	,000	,041	,052
APERTURA MENTALE	Correlazione di Pearson	,626**	,511**	,255**	,257**
	Sign. (a due code)	,000	,000	,000	,000

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Il rendimento scolastico correla positivamente con l'autoefficacia e con la dimensione Controllo Ambientale del PWB (Tabella 10). La matrice di correlazione tra autoefficacia e benessere evidenzia correlazioni molto significative per tutte le componenti, ad eccezione dell'autonomia (Tabella 11).

Tabella 10: Correlazioni tra il rendimento scolastico, l'Autoefficacia e le dimensioni del PWB

Rendimento scolastico		Auto efficacia totale	PWB Auto-nomia	PWB Controllo ambientale	PWB Crescita	PWB Relazioni Positive	PWB Scopo	PWB Auto Accettazione	PWB Totale
Materie umanistiche	Correlazione di Pearson	0,281***	0,096	0,196***	0,170**	0,080	0,164**	0,130 [*]	,220***
	Sign. (a due code)	0,000	0,121	0,001	0,006	0,196	0,008	0,035	,000
Materie scientifiche	Correlazione di Pearson	0,255***	0,114	0,211***	0,151 [*]	0,070	0,131 [*]	0,111	,207***
	Sign. (a due code)	0,000	0,066	0,001	0,014	0,259	0,034	0,074	,001

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tabella 11: Correlazioni tra autoefficacia e dimensioni del PWB

	Autoefficacia totale	
	Correlazione di Pearson	Sign. (a due code)
PWB Totale	,593**	,000
Autonomia	,182**	,003
Controllo Ambientale	,407**	,000
Crescita	,412**	,000
Relazioni Positive	,286**	,000
Scopo	,485**	,000
Auto Accettazione	,471**	,000

**p<0,01

Regressioni

È stata condotta un'analisi di regressione per verificare l'influenza dell'autoefficacia e dei tratti di personalità sul benessere psicologico. Nel modello sono stati inseriti il PWB totale come variabile dipendente e le variabili indipendenti nel seguente ordine Autoefficacia, Energia, Amicalità, Coscienziosità, Instabilità Emotiva e Apertura mentale, con metodo stepwise. L'autoefficacia, considerata a sé, spiega il 35% della varianza. Le variabili Amicalità, Coscienziosità e Apertura mentale sono state escluse dal modello. Le variabili indipendenti Autoefficacia, Energia e Instabilità Emotiva, incluse nel modello nell'ordine indicato, spiegano il 43,8% della varianza e presentano una correlazione multipla (r) di 0,662 con la variabile dipendente. La modifica di r^2 risulta significativa con il valore di F del modello prossimo allo zero (0,010). Gli indici di collinearità sono risultati molto bassi (tra 0,006 e 0,037).

Tabella 12: Regressione VD: Benessere psicologico; VI Autoefficacia e tratti di personalità

Variabili indipendenti	Variabile dipendente: PWB Totale					
	β	t	Sig.	r	pr ²	Sr ²
Autoefficacia	,481**	9,671	,000	,593	,264**	,202
Energia	,280**	5,712	,000	,442	,110**	,070
Instabilità Emotiva	-,123*	-2,599	,010	-,234	-,025*	-,015

*p<0,05 **p<0,01

È stato calcolato il valore di pr², cioè la porzione di varianza ottenuta elevando al quadrato il coefficiente di correlazione parziale tra ogni singolo predittore e la variabile dipendente, tenendo sotto controllo congiuntamente gli altri predittori. Il modello conferma la predittività della variabile Autoefficacia (pr² 0,264), mentre per i tratti di personalità, le variabili predittive sono Energia (pr² 0,110) e Instabilità Emotiva (pr² 0,025).

Si conferma la necessità di approfondire maggiormente l'analisi dei fattori personali che influenzano il benessere.

Capitolo III - Discussione e conclusioni

Discussione

La citazione di Lévy, “Il tutto sta contemporaneamente in rapporto col tutto” (Levy, 1997), è collocata in apertura di questo lavoro di tesi perché ne costituisce, in un certo senso, lo sfondo. Il quadro teorico si costruisce intorno ad alcuni snodi fondamentali, la salute ed il benessere completi, l’approccio biopsicosociale, la teoria dei sistemi, l’ICF, la psicologia positiva. Sono concetti e paradigmi che chiamano in causa le interazioni di fattori, le influenze reciproche, le interdipendenze dal livello biologico a quello a quello ambientale e sociale. Gli studi riportati nel secondo capitolo hanno esplorato alcuni di questi fattori, per comprendere in quale direzione sia giusto muoversi, al fine di promuovere salute e benessere nei bambini, in ciascun bambino, anche in presenza di disabilità.

È stato quindi esplorato lo stile di vita in relazione alla dieta e all’attività fisica, la qualità della vita correlata alla salute, il benessere soggettivo e psicologico, l’autoefficacia e i tratti di personalità. Sono state altresì studiate le correlazioni tra alcuni di questi fattori.

Nel primo studio sono stati analizzati lo stile di vita e la qualità della vita correlata alla salute in un campione di alunni di due scuole primarie. Per quanto riguarda lo stile di vita, l’indagine ha escluso molte dimensioni, non appropriate per l’età del campione, quali l’abitudine al fumo o all’alcool, normalmente indagate negli adolescenti o negli adulti. Sono stati presi in considerazione lo stato nutrizionale, le abitudini alimentari, l’uso di farmaci e l’attività fisica. È stato valutato lo stato nutrizionale dei bambini, utilizzando i valori di cut-off standard internazionali, ricavati impiegando le diverse curve di crescita (indice di massa corporea per maschi e femmine) elaborate dal National Centre for Health Statistics in collaborazione con il Centre for Disease Control and Prevention nel 2002. Questo primo studio non ha evidenziato differenze significative tra il gruppo dei bambini a sviluppo tipico ed il gruppo dei bambini con disabilità, anche se in questo secondo gruppo sono presenti più soggetti in sovrappeso o a rischio sovrappeso. I dati relativi alla dieta sono molto positivi, il 95,23% del campione consuma una

colazione adeguata, a differenza della popolazione generale della stessa fascia d'età (Mameli, 2014), che secondo i dati ISTAT raccolti su tutto il territorio nazionale (<http://dati.istat.it>), consuma una colazione adeguata soltanto per l'88,75%. Anche i consumi di frutta e ortaggi si collocano ad un livello superiore rispetto alla popolazione di riferimento, in controtendenza rispetto a studi precedenti (Lauria, 2015; Blondin, 2016; Dinu, 2018), ma soltanto per il gruppo di bambini a sviluppo tipico; i bambini con disabilità consumano meno verdura e ortaggi ed il consumo di frutta è significativamente più basso. Similmente, non si riscontrano differenze significative tra i due gruppi nel consumo di dolci, pur lievemente superiore per i bambini con disabilità. Nel complesso la dieta dei bambini con disabilità risulta essere meno bilanciata, anche se l'esiguità del campione non permette di trarre conclusioni generalizzate.

Questi risultati suggeriscono l'importanza di proporre interventi educativi specifici, rivolti principalmente ai genitori degli alunni con disabilità, unitamente alla presa in carico da parte del sistema sanitario, intensificando nel contempo i progetti educativi rivolti a tutti gli alunni, già presenti nelle scuole. Un intervento educativo consentirebbe infatti, in linea con l'approccio indicato dalla WHO con l'ICF-CY e con le ricerche recenti (Kesztyus et al., 2017), di agire sui fattori contestuali ambientali (i genitori o caregivers) eliminando barriere e introducendo facilitatori atti a migliorare la salute fisica e, di conseguenza, il funzionamento psicologico e sociale.

Per quanto riguarda lo sport e l'attività fisica si riscontrano differenze molto significative. Il 30,9% dei bambini con disabilità non pratica sport né altre forme di attività fisica, contro il 7,1% dei bambini a sviluppo tipico. Sarebbero necessarie indagini su un campione più rappresentativo per capire la valenza effettiva di questo dato, che, se riscontrato a livello di popolazione generale, sarebbe preoccupante per diverse ragioni. In primis i benefici dell'attività fisica su tutte le dimensioni della salute, anche mentale, sul rendimento scolastico e sulla prevenzione del disagio giovanile, sono ampiamente documentati dalla letteratura (Dankel et al., 2017; Kuzic et al., 2017). Di conseguenza quasi un terzo dei bimbi con disabilità del campione in esame non ottiene questi benefici, quindi una condizione di svantaggio iniziale si somma ad un ulteriore svantaggio nel percorso di sviluppo. La seconda ragione è di ordine sociopolitico, poiché il dato

in questione evidenzia una carenza di interventi atti a garantire a ciascun bambino le opportunità di crescita, promozione della salute e partecipazione date dalla pratica di attività fisica e sportiva.

Nel campione di bambini a sviluppo tipico si è invece registrato un risultato molto positivo: il 90,5% dei soggetti pratica sport in modo costante, rispetto al 56,6% all'interno della popolazione generale della stessa fascia d'età (<http://dati.istat.it>). Questo dato suggerisce che gli interventi di promozione della salute messi in campo da scuola e territorio si sono dimostrati efficaci, oltre a confermare il valore sociale ed educativo dei numerosi documenti, studi e programmi di intervento prodotti a livello nazionale e internazionale (Carlin et al., 2017)

Per quanto riguarda la qualità della vita correlata alla salute, non si sono rilevate differenze significative tra i gruppi di bambini a sviluppo tipico e con disabilità. I punteggi del PedsQL mostrano un funzionamento fisico molto buono nella percezione dei partecipanti. Anche la percezione del funzionamento scolastico si attesta ad un livello elevato. Una possibile lettura di questo dato è legata alla presenza di un contesto scolastico e familiare facilitante, che contribuisce a strutturare una visione positiva, rendendo altresì i bambini consapevoli delle proprie potenzialità. Tale interpretazione potrà essere meglio verificata analizzando i risultati successivi.

Il funzionamento sociale è percepito come abbastanza buono, mentre il dato relativo al funzionamento emotivo è lievemente inferiore. Approfondimenti su quest'ultimo aspetto sarebbero necessari, al fine di verificare l'opportunità di attuare interventi rivolti alla promozione dell'intelligenza emotiva e della regolazione delle emozioni. Il punteggio totale evidenzia comunque un livello di qualità di vita percepito abbastanza elevato.

Dal secondo studio sono emerse alcune conferme alle ipotesi iniziali. Il benessere psicologico dei bambini sembra essere influenzato da fattori contestuali (personali e ambientali), in linea con l'approccio dell'ICF e come documentato in letteratura (per es.: Spratt, 2016). Non sembrano essere presenti differenze significative nella percezione di benessere tra bambini a sviluppo tipico e con disabilità.

Relativamente al benessere edonico, nella rilevazione della soddisfazione di vita (MSLSS), i punteggi dei due gruppi sono molto simili e abbastanza elevati. Questo conferma (con tutti i limiti relativi alla esiguità del campione) i precedenti

studi, secondo i quali la disabilità non è, di per sé, una condizione che influenza la soddisfazione di vita, se i fattori contestuali svolgono un ruolo facilitante rispetto alle attività e alla partecipazione della persona nei diversi ambiti del quotidiano.

Per quanto riguarda il benessere psicologico, i punteggi totali e delle sottoscale si collocano tutti oltre la media: è dunque plausibile ipotizzare la presenza di un contesto positivo, facilitante, in grado di sviluppare risorse. La sottoscala dell'autonomia riporta i punteggi più bassi, probabilmente per un fatto culturale: in Italia, come dimostrano studi precedenti (Ruini et al., 2003), l'acquisizione precoce di alti livelli di autonomia non è considerata una priorità educativa.

Si è ritenuto opportuno un confronto tra le due scuole e tra le diverse classi, considerando tutti i partecipanti, per meglio evidenziare le variabili di contesto che influenzano il benessere. I confronti tra scuole non hanno mostrato differenze significative, ma soltanto modeste disuguaglianze. I bambini della scuola di Milano riportano punteggi più elevati nella dimensione Autonomia, forse per effetto dalla cultura educativa a cui si è accennato: in una grande metropoli, più che in un piccolo centro di provincia, si integrano in misura maggiore le influenze culturali internazionali. Nella scuola di provincia, invece, è percepito un maggior benessere nelle dimensioni del Controllo Ambientale e dell'Auto-accettazione. Ipotizzando una significativa influenza del micro-contesto ambientale, sono stati confrontati i punteggi per classe, all'interno di ciascuna scuola. Nella scuola della provincia di Monza Brianza non sono state riscontrate differenze significative, mentre nella scuola di Milano si è rilevata una distribuzione dei punteggi dissimile tra le classi, relativamente al PWB totale e alle dimensioni Crescita e Relazioni Positive. Questi elementi confermano il grande rilievo del ruolo rivestito dagli insegnanti nella promozione del benessere, ruolo già indagato da studi su interventi specifici di promozione del benessere (Ruini, 2006, 2009; Tomba et al., 2010; Ruini et al., 2017; Fava, 2014). Dall'analisi del benessere psicologico degli insegnanti delle due scuole si osserva che i punteggi nella dimensione Relazioni Positive sono significativamente più alti nella scuola della provincia rispetto alla scuola di Milano, dove, nel confronto tra le classi, si sono registrati punteggi più bassi per questa dimensione.

L'ICF, come illustrato nel Capitolo 1, invita a considerare i fattori contestuali personali nel descrivere il funzionamento degli individui e predisporre interventi di promozione della salute, intesa come stato di completo benessere. In questo

lavoro sono stati indagati l'autoefficacia, considerata in letteratura tra i fattori personali, ed i tratti di personalità.

Il punteggio medio del test di autoefficacia scolastica percepita si colloca nella fascia bassa, in controtendenza rispetto ai punteggi dei test sulla qualità della vita, sul benessere soggettivo e sul benessere psicologico. La spiegazione di questo dato potrebbe essere legata all'impostazione della valutazione degli apprendimenti scolastici, spesso ancora carente nella componente formativa e metacognitiva, indispensabile nel mantenere elevati livelli di autoefficacia (Salazar, 2014).

Il confronto tra i gruppi di partecipanti a sviluppo tipico e con disabilità mostra una percezione di Autoefficacia scolastica significativamente inferiore nel secondo gruppo. Come già rilevato per gli aspetti dello stile di vita, la condizione di svantaggio di questi bambini rischia di acuirsi per la carenza di interventi. La percezione dell'autoefficacia scolastica può essere incrementata con adeguati progetti educativi, in ambito cognitivo, metacognitivo e relazionale, che promuovono di conseguenza il benessere psicologico (Pajares, 1996; 1997; Schunk & Pajares, 2004).

Per quanto riguarda la personalità, i punteggi medi del test si collocano nella fascia medio-bassa. È stata verificata la coerenza tra le autovalutazioni espresse dai bambini con disabilità e le etero-valutazioni espresse dai relativi insegnanti, con esito positivo. I bambini con disabilità evidenziano bassi punteggi nella dimensione Apertura Mentale ed Energia, dato in linea con profili di personalità abituarini e poco amanti delle novità, con difficoltà in ambito scolastico sia nell'apprendimento che nella comprensione, difficoltà nelle relazioni e nella comunicazione. Questo profilo è spesso riscontrato nei bambini con disabilità e disturbi dell'apprendimento (Caprara, 1993). I punteggi delle altre dimensioni, invece, risultano nella fascia media, mostrando (con i limiti già evidenziati) come l'autovalutazione dei fattori di personalità da parte dei bambini con disabilità non risenta della condizione di svantaggio, valutazione peraltro confermata dall'osservazione degli insegnanti.

Gli approfondimenti del secondo studio si sono focalizzati sulle correlazioni tra benessere psicologico, autoefficacia e tratti di personalità, prendendo in considerazione il solo campione di alunni della scuola di Milano, per il quale erano disponibili i dati relativi al rendimento scolastico (rilevazione dei voti di fine anno).

Sono emerse correlazioni significative tra il benessere psicologico e tutti i tratti di personalità, mentre il rendimento scolastico, sia nelle materie umanistiche che in quelle scientifiche, mostra una correlazione positiva significativa soltanto con l'Apertura Mentale. Il rendimento scolastico risulta correlato a livello significativo anche con l'Autoefficacia Scolastica Percepita, il PWB totale e la dimensione Controllo Ambientale del PWB stesso. Qualora il nesso causale tra il benessere psicologico e rendimento scolastico fosse verificato tramite studi longitudinali, il risultato confermerebbe la necessità di promuovere il benessere anche nell'ottica di un miglioramento della qualità dell'istruzione.

Il risultato relativo alla elevata correlazione tra le dimensioni del benessere psicologico e l'autoefficacia, confermato dall'analisi di regressione, supporta la validità anche nel contesto italiano di studi precedenti (Tamir et al., 2007) e potrebbe essere utile al fine di progettare percorsi educativi di promozione di queste componenti.

Punti di forza e limiti

Il limite principale di questo studio, come più volte accennato nel corso dell'analisi, è rappresentato dall'esiguità del campione di alunni disabili, insegnanti e genitori. Questo limite è stato ulteriormente amplificato per il fatto che non tutti i partecipanti hanno compilato in modo completo tutti gli strumenti della batteria somministrata, per motivi legati a reticenza o sospetto nel caso degli adulti. Per i bambini la compilazione parziale è stata causata da assenze per malattia coincidenti con la somministrazione dei test. Sono stati quindi, ovviamente, eliminati dallo studio i dati relativi a molti partecipanti, come si evince dalla descrizione dei campioni. La presente ricerca costituisce pertanto uno studio preliminare in questo campo, ed apre la strada ad indagini più sistematiche ed ampie volte ad identificare gli elementi determinanti la salute ed il benessere dei bambini con disabilità e la conseguente progettazione di interventi volti a garantire lo sviluppo delle loro potenzialità e la promozione della loro salute.

Conclusione

Le prospettive aperte da questo percorso di ricerca spaziano, come precedentemente indicato, in due direzioni: maggiori approfondimenti delle indagini e sperimentazione di interventi a livello educativo e sociale.

Nell'ambito della ricerca è necessario ampliare il campione, con particolare riferimento al gruppo dei bambini con disabilità, a quello dei genitori e a quello degli insegnanti. È altresì necessario studiare con maggiore precisione lo stile di vita dei bambini con disabilità, anche in relazione agli stili di vita delle relative famiglie e alle opportunità offerte dall'ambiente di vita. Da analizzare in modo approfondito anche il rapporto tra il benessere degli insegnanti e quello degli alunni, la relazione tra i diversi fattori che influenzano il benessere e tra questi e i tratti di personalità.

Nel campo degli interventi, sarebbe interessante la sperimentazione di progetti finalizzati al miglioramento dello stile di vita dei bambini con disabilità, che potrebbero avere ricadute positive sulla salute e sul benessere psicologico. Inoltre, gli interventi di promozione del benessere psicologico, già sperimentati in diverse nazioni, e di incremento delle risorse personali, quali l'autoefficacia scolastica, rivolti a tutti i gruppi di bambini potrebbero, come evidenziato in molti studi di psicologia positiva, innescare circoli virtuosi di sviluppo in ambito educativo e sociale.

Bibliografia

Albertín Marco, R., Ventura -Traveset, T., Delle Fave, A., Fianco, A., Knoop, H. H., Arrivabene, E. (2014). *PositivitiES – Applied Positive Psychology for the European Schools, EU, Lifelong Learning Programme*, <http://positivities.eu>.

Andrews, F. M., Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-Being*. New York: Plenum.

Arcos Holzinger, L. & Biddle, N. (2015). *The relationship between early childhood education and care (ECEC) and the outcomes of Indigenous children: evidence from the Longitudinal Study of Indigenous Children (LSIC)*. CAEPR Working paper n° 103/2015. Canberra: Centre for Aboriginal Economic Policy Research (CAEPR).

Arrivabene, E. (2015). La scuola per tutti. Un esperimento con ICF. In O. Albanese & A. Delle Fave (Eds), *Disabilità, diversità e promozione del benessere. Aspetti clinici, formativi ed educativi* (pp. 146-158). Milano: Franco Angeli.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramchandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (vol. 4, pp. 71–81). New York: Academic Press.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2000). Self-efficacy: the foundation of agency. In J.P. Walter and G. Alexander (Eds.), *Control of Human Behavior, Mental Processes, and Consciousness: Essays in Honor of the 60th Birthday of August Flammer* (pp. 17-34) Mahwah: Lawrence Erlbaum Ass.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.

Barbaranelli, C., Caprara, G.V., Rabasca, A. (1998a). *BFQ-C, Big Five Questionnaire Children: manuale*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.

Barbaranelli, C., Caprara, G.V., Rabasca, A. (1998b). *BFQ-CET, Big Five Questionnaire*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.

Barenbaum, N. B. & Winter, D. G. (2008). History of modern personality theory and research. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 3-26). New York: The Guilford Press.

Bassi, M., Steca, P., Antonella, D. F., & Caprara, G. V. (2007). Academic self-efficacy beliefs and quality of experience in learning. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(3), 301-312.

- Bassi, M., Delle Fave, A., Steca, P., & Caprara, G. (2018). Adolescents' regulatory emotional self-efficacy beliefs and daily affect intensity. *Motivation and Emotion*, 42(2), 287-298.
- Beamish, W. & Brier, F. (2017). *Teaching for social and emotional learning*. In S. Garvis & D. Pendergast (Eds.) *Health and wellbeing in childhood*, 2nd edition. Cambridge University Press.
- Bergman, L. R. & El-Khoury, B. M. (2001). Developmental processes and the modern typological perspective. *European Psychologist*, 6 (3), 177-186.
- Bertini, M., Braibanti, P. & Gagliardi, M.P. (2006). *Il modello "Skills for Life" 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola*. Milano: Franco Angeli.
- Blondin, S.A., Anzman-Frasca, S., Djang., H.C. & Economos, C.D. (2016). Breakfast consumption and adiposity among children and adolescents: an updated review of the literature. *Pediatric Obesity*, 11, 333-348.
- Bonino, S., Cattelino, E. & Ciairano, S. (2007). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti Editore.
- Boscolo, P. (2006). *Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali*. Torino: UTET.
- Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine.
- Bherer, L., Erickson, K.I. and Liu-Ambrose, T. (2013). A Review of the Effects of Physical Activity and Exercise on Cognitive and Brain Functions in Older Adults. *Journal of Aging Research*, 2013, 657508-8.
- Brandon, C.M., Cunningham, E.G. & Frydenberg, E. (1999). Bright Ideas: A school-based program teaching optimistic thinking skills in pre-adolescence. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 9, 153-163.
- Brickman, P. & Campbell, D. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Apley (Ed.), *Adaptation-level theory: A symposium* (pp. 287–302). New York: Academic Press.
- Brown, L., Thurecht, L. & Nepal, B. (2012). *The Cost of Inaction on the Social Determinants of Health*. The National Centre for Social and Economic Modelling (NATSEM), University of Canberra.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. & Perugini, M. (1993a). The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281–288.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C. & Borgogni, L., (1993b). *BFQ. Big Five Questionnaire. Manuale*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.

Caprara, G.V. (Ed) (2001). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. Trento: Erickson.

Caprara, G. V., & Cervone, D. (2003). *Personalità, determinanti, dinamiche, potenzialità*. Milano: Raffaello Cortina.

Caprara, G.V., Alessandri, G., Barbaranelli, C. & Vecchione, M. (2013a). The longitudinal relations between self-esteem and affective self-regulatory efficacy. *Journal of Research in Personality*, 47, 859-870.

Caprara, G.V., Vecchione, M., Barbaranelli, C. & Alessandri, G. (2013b). Emotional stability and affective self-regulatory efficacy beliefs: Proofs of integration between trait theory and social cognitive theory. *European Journal of Personality*, 27, 145–154

Cardemil, E.V., Reivich, K.J., Beevers, C.G., Seligman, M.E.P. & James, J. (2007). The prevention of depressive symptoms in low income, minority children: Two-year follow up. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 313-327.

Carlin, A., Perchoux, C., Puggina, A., Aleksovskaja, K., Buck, C., Burns, C., Cardon, G., Chantal, S., Ciarapica, D., Condello, G., Coppinger, T., Cortis, C., D'Haese, S., De Craemer, M., Di Blasio, A., Hansen, S., Iacoviello, L., Issartel, J., Izzicupo, P., Jaeschke, L., Kanning, M., Kennedy, A., Lakerveld, J., Chun Man Ling, F., Luzak, A., Napolitano, G., Nazare, J.A., Pischon, T., Polito, A., Sannella, A., Schulz, H., Sohn, R., Steinbrecher, A., Schlicht, W., Ricciardi, W., MacDonncha, C., Capranica, L. & Boccia, S. (2017). A life course examination of the physical environmental determinants of physical activity behaviour: A “Determinants of Diet and Physical Activity” (DEDIPAC) umbrella systematic literature review. *PLoS One*, 12, 8.

Casas, F. (2011). Subjective social indicators and child and adolescent well-being. *Child Indicators Research*, 4, 555–575.

Cattell, R. B., Eber, H. W. & Tatsuoka, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. Champaign: IPAT.

Cerqueira da Silva, G., Alves dos Santos Silva, R. & Cavalcante Neto, J.L. (2017). Mental health and levels of physical activity in children: a systematic review, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 25(3), 607-615.

Cervone, D. (2005). Personality architecture: Whithin-person structures and processes. *Annual Review of Psychology*, 56, 423-452.

Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741.

Ciucci, E., Baroncelli, A., Grazzani, I., Ornaghi, V. & Caprin, C. (2016). Emotional Arousal and Regulation: Further Evidence of the Validity of the “How I Feel” Questionnaire for Use With School-Age Children. *Journal of School Health*, 86, 195-203.

- Ciucci, E., Baroncelli, A., Tambasco, G., Laurent, J., Catanzaro, S. J. & Joiner Thomas E. Jr. (2017). Measuring positive affect, negative affect, and physiological hyperarousal among Italian youth: Translations of the PANAS-C and PH-C. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(3), 373-382.
- Clarke, A.M. & Barry, M.M. (2010), *An evaluation of the Zippy's Friends emotional wellbeing programme for primary schools in Ireland, Summary Report*, Health Promotion Research Centre, National University of Ireland, Galway.
- Colonna, B. (2001). *Dizionario Etimologico della lingua italiana: L'origine delle nostre parole*. Roma: Newton & Compton.
- Comrey, A. L. & Backer, T. E. (1970). Construct validation of the Comrey personality scales. *Multivariate Behavioral Research*, 5(4), 469.
- Comrey, A. L. (1995). Career assessment and the Comrey personality scales. *Journal of Career Assessment*, 3(2), 140.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653–665.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2006). Trait and factor theories. In J. C. Thomas, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychotherapy: Vol. 1. Personality and Everyday Functioning* (pp. 96-114). Hoboken: John Wiley.
- Cavanagh, S., Cole, J., Kynaston, J., Gilson, K.M., Davis, E. & Hazel, G. (2017). Building the capacity of early childhood educators to promote children's mental health: Learnings from three new programs. In S. Garvis & D. Pendergast (Eds.) *Health and wellbeing in childhood*, 2nd edition, Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety*. San Francisco: Jossey Bass.
- Csikszentmihalyi, M. & Csikszentmihalyi, I. (Eds) (1988). *Optimal Experience Psychological Studies of Flow in Consciousness*. New York: Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. & Massimini, F. (1985). On the psychological selection of biocultural information. *New Ideas in Psychology*, 3, 115-138.
- Dankel, S.J., Loenneke, J.P. & Loprinzi (2017). Health Outcomes in Relation to Physical Activity Status, Overweight/Obesity, and History of Overweight/Obesity: A Review of the WATCH Paradigm. *Sports Medicine* (Auckland, N.Z.), 47, 1029.

- Deci, E. L., Schwartz, A., Sheinman, L. & Ryan, R. M. (1981). An instrument to assess adults' orientations toward control versus autonomy in children: Reflections on intrinsic motivation and perceived competence. *Journal of Educational Psychology*, 73, 642-650.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Delle Fave, A. & Bassi, M. (2013). *Psicologia e salute. Esperienze e risorse dei protagonisti della cura*. II edizione, Novara: De Agostini.
- Delle Fave, A., Massimini, F. & Bassi, M. (2011). *Psychological selection and optimal experience across cultures*. Dordrecht: Springer Science.
- Delle Fave, A. & Massimini, F. (2003). Optimal Experience in Work and Leisure among Teachers and Physicians: Individual and Bio-Cultural Implications. *Leisure Studies*, 22, 264-274.
- Delle Fave, A. & Bassi, M. (2013). *Psicologia e salute. Esperienze e risorse dei protagonisti della cura*. Torino: UTET.
- De Róiste, A., Kelly, C., Molcho, M., Gavin, A. & Gabhainn, S. N. (2012). Is school participation good for children? Associations with health and wellbeing. *Health Education*, 112(2), 88–104.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-25.
- Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being. The Collected Works of Ed Diener*. Dordrecht: Springer.
- Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A. & Sofi, F. (2018), Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72, 30-43.
- Ebata, A. T. & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33-54.
- Ehrenberg, M.F., Cox, D.N. & Koopman, R.F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26(102), 361-374.

Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

EU (2014)

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf].

Eysenck, H. J. & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.

Fattore, T., Mason, J. & Watson, E. (2007). Children's conceptualisation(s) of their well-being. *Social Indicators Research*, 80(1), 5-29.

Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M. & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 185-190.

Fava, G. A. & Ruini, C. (Eds) (2014). *Increasing Psychological Well-being in Clinical and Educational Settings. Interventions and Cultural Context*. New York: Springer.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

Funder, D. C. (2001). Personality. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 197-221.

Furr, R. M. & Funder, D. C. (1998). A multimodal analysis of personal negativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1580-1591.

Galeazzi, A. & Porzionato, G. (1998). *Oltre la maschera: Introduzione allo Studio della Personalità*. Roma: Carocci.

Gallus, S., Odone, A., Lugo, A., Bosetti, C., Colombo, P., Zuccaro, P. & La Vecchia, C. (2013). Overweight and obesity prevalence and determinants in Italy: an update to 2010. *European Journal of Nutrition*, 52(2), 677-685.

Giannetti, E., Penzo, I., Rigoli, S. & Sirigatti, S. (2006). Emotional intelligence and college maladjustment as correlates of psychological well-being: A preliminary research. In V. V. Semenova & G. V. Losik (Eds.), *Sovremennye podchodi k prodvijeniju zdorovija. [Modern approach to health promotion.]* (pp. 38-42). Gomel, Belarus: Gomel State Medical University.

Gibbons, S., & Silva, O. (2011). School quality, child wellbeing and parents' satisfaction. *Economics of Education Review*, 30(2), 312-331.

Gillham, J.E., Chaplin, T.M., Reivich, K.J. & Hamilton, J. (2008). Preventing depression in early adolescent girls: The Penn Resiliency and Girls in Transition

Programs. In C. Le Croy & J. Mann (Eds), *Handbook of Prevention and Intervention Programs for Adolescent Girls*. Wiley, Hoboken.

Gillham, J., Reivich, K., Brunwasser, S.M., Freres, D.R., Chajon, N.D., Kash-MacDonald, V.M., Chaplin, T.M., Abenavoli, R., Matlin, S.L., Gallop, R. & Seligman M.E.P. (2012). Evaluation of a Group Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for Young Adolescents: A Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 621-639.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.

Goldberg LR. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.

Gomez, R. (1998). Locus of control and avoidant coping: Direct, interactional and mediational effects on maladjustment in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 325-334.

Gruppo WHOQOL (1995). The World Health Organization Quality of Life Assesment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.

Guilford, J. P., Zimmerman, Wayne S. & Guilford, J. S. (1948). *The Guilford-Zimmerman Temperament Survey*. Beverly Hills, California: Sheridan Supply Company.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Kosterman, R., Abbott, R.D. & Hill K.G. (1999). Preventing Adolescent Health-Risk Behaviors by Strengthening Protection During Childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 226- 234.

Hird, S. (2003). *What is well-being? A brief review of current literature and concepts*. Scotland: NHS.

Huebner, E.S. (1994). Preliminary Development and Validation of a Multidimensional Life Satisfaction Scale for Children. *Psychological Assessment*, 6(2), 149.

Huebner, E.S., Laughlin, J.E., Ash, C. & Gilman, R. (1998). Further validation of the multidimensional students' life satisfaction scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(2), 118-134.

Huta, V. & Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and Its Distinction from Hedonia: Developing a Classification and Terminology for Understanding Conceptual and Operational Definitions. *Journal of Happiness Studies*. 15(6), 1425-1456.

Ianes, D. & Cramerotti, S. Eds. (2011). *Usare l'ICF nella scuola. Spunti operativi per il contesto educativo*. Trento: Erickson.

ISTAT (2016). *Report Anno 2015. Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*.
[https://www.istat.it/it/files//2016/07/Fattori-di-rischio_salute_def.pdf].

John, O.P., Donahue, E. M. & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory--Versions 4th and 5th*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

Kam, C.M., Greenberg, M.T. & Walls, C.T. (2003), Examining the Role of Implementation Quality in School-Based Prevention Using the PATHS Curriculum, *Prevention Science*, 4, 55-63.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2).

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Keyes, C. L. M. (2007). Towards a mentally flourishing society: Mental health promotion, not cure. *Journal of Public Mental Health*, 6(2), 4-7.

Keyes, C.L.M. & Cartwright, K. (2013). Well-Being in the West: Hygieia Before and After the Demographic Transition. In: Morandi A., Nambi A. (Eds), *An Integrated View of Health and Well-being. Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology* (vol 5). Dordrecht: Springer.

Kesztyus, D., Lauer, R., Kesztyus, T., Kilian, R., Steinacker, J.M. & the “Join the Healthy Boat” Study Group (2017). Costs and effects of a state-wide health promotion program in primary schools in Germany – The Baden-Wurtemberg Study: A cluster-randomized, controlled trial. *Plos One*, 21(2), 1-18.

Khanlou, N. & Wray, R. (2014). A whole community approach toward child and youth resilience promotion: A review of resilience literature. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 64.

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.

Kiernan, G., Laurent, J., Joiner Jr., T. E., Catanzaro, S. J. & MacLachlan, M. (2001). Cross-cultural examination of the tripartite model with children: Data from the Barretstown studies. *Journal of Personality Assessment*, 77, 359-379.

Knibbs, G. H. (1929). The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Medical Journal of Australia*, 1, 2-12.

Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. J. d., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S. & Doest, L.T. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185-193.

- Kuzik, N., Carson, V., Andersen, L. B., Sardinha, L. B., Grøntved, A., Hansen, B. H., Ekelund, U., Atkin, A., Ekelund, U., Esliger, D., Hansen, B. H., Sherar, L. & Van Sluijs, E. (2017). Physical Activity and Sedentary Time Associations with Metabolic Health Across Weight Statuses in Children and Adolescents. *Obesity*, 25, 1762-1769.
- Laurent, J., Catanzaro, S. J., Rudolph, K. D., Joiner, T. E., Potter, K. I., Lambert, S. & Gathright, T. (1999). A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 326-338.
- Lauria, L., Spinelli, A., Cairella, G., Censi, L., Nardone, P., Buoncristiano, M., 2012 Group OKkio alla SALUTE (2015), Dietary habits among children aged 8-9 years in Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 51(4), 371-381.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lerner, R. & Overtone, W. (2008). Exemplifying theory, research and application to promote positive development and social justice. *Journal of Adolescent Research*, 23, 245-55.
- Levy, P. (1997). *Cyberculture. Rapport au Conseil de l'Europe*. Odile Jacobs/Éditions du Conseil de l'Europe
- Lewinsohn, P., Redner, J. & Seeley, J. (1991). The relationship between life satisfaction psychosocial variables: New perspective. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwartz (Eds), *Subjective wellbeing* (pp.141-169). New York: Plenum Press.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant Validity of Well-Being Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla Resilienza: Come Affrontare Crisi e Difficoltà e Migliorarsi*. Trento: Erickson.
- Mameli, C., Galli, E., Dilillo, D., Alemanno, A., Catalani, L., Cau, S., Fransos, L., Lucidi, F., Macrì, A., Marconi, P., Mostaccio, A., Presti, G., Rovera, G., Rotilio, G., Rubeo, M., Tisiot, C. & Zuccotti, G. (2014). Psychosocial, behavioural, pedagogical, and nutritional proposals about how to encourage eating a healthy breakfast. *Italian Journal of Pediatrics*, 40, 73.
- Manning, M. (2004). *Measuring the costs of community-based developmental prevention programs in Australia*. Masters (Hons), School of Criminology and Criminal Justice, Griffith University.
- Manning, M. (2008). *Economic evaluation of the effects of early childhood intervention programs on adolescent outcomes*. PhD, Key Centre of Ethics, Law, Justice and Governance, Griffith University.

- Manning, M., Homel, R. & Smith, C. (2009). A meta-analysis of the effects of early developmental prevention programs in at-risk populations on non-health outcomes in adolescence. *Children and Youth Services Review*, 32, 506–519.
- Manning, M. (2017). Addressing developmental challenges to improve wellbeing of children In S. Garvis & D. Pendergast (Eds.), *Health and wellbeing in childhood*, 2nd edition, Cambridge University Press.
- Massimini, F. & Delle Fave, A. (2000). Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, 55, 24-33.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- Masten, A. & Barnes, A. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children*, 5(7), 98.
- McAdams, D. P. & Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517-542.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1997). Personality trait as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2003). *Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press.
- McGrath, H.M. & Noble, T. (2003), *BOUNCE BACK! A Classroom Resiliency Programme*. Sidney: Pearson Education.
- Milioni, M., Alessandri, G., Eisenberg, N., Castellani, V., Zuffian., A., Vecchione, M., & Caprara, G. V. (2014). Reciprocal relations between emotional self-efficacy beliefs and ego-resiliency across time. *Journal of Personality*, 83, 552–563
- Miller, D. B., & MacIntosh, R. (1999). Promoting resilience in urban african american adolescents: Racial socialization and identity as protective factors. *Social Work Research*, 23(3), 159-169.
- Mooses, K., Pihu, M., Riso, E., Hannus, A., Kaasik, P. & Kull, M. (2017). Physical Education Increases Daily Moderate to Vigorous Physical Activity and Reduces Sedentary Time. *Journal of School Health*, 87, 602-607.
- Negri, L. (2012). *Personalità e interazione con le sfide quotidiane: stabilità e variazioni in una prospettiva integrata*. PhD Thesis, University of Milan.
- Neilsen-Hewtt, C. & Bussey, K. (2017). Bullying and social an emotional learning in children with special needs. In S. Garvis & D. Pendergast (Eds.), *Health and wellbeing in childhood*. 2nd edition, Cambridge University Press.

- Nussbaum, M. (1993). Non-Relative Virtues. An Aristotelian Approach. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds) *The quality of life* (pp. 242-269). Helsinki: United Nation University and WIDER.
- Nussbaum, M. & Sen, A. (Eds) (1993). *The quality of life*. Helsinki: United Nation University and WIDER.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). *Better life index*. [oecdbetterlifeindex.org].
- Oprea, S. J., Buijzen, M. & Van Reijmersdal, E. A. (2018). Development and Validation of the Psychological Well-Being Scale for Children (PWB-c). *Societies* 8, 18.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66, 543-578.
- Pastorelli, C., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S. & Bandura, A. (2001a). The Structure of Children Perceived Self-Efficacy: a Cross-National Study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 87-97.
- Pastorelli, C. & Picconi, L. (2001b). Autoefficacia scolastica, sociale e regolatoria. In G.V. Caprara (Ed.), *La valutazione dell'autoefficacia* (pp. 87-104). Trento: Erickson.
- Patton, G., Franz, M.D., Bond, L., Butler, H. & Glover, S. (2003). Changing Schools, Changing Health? Design and Implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health*, 33, 231-239.
- Pekrun, R., Lichtenfeld, S., Marsh, H. W., Murayama, K. & Goetz, T. (2017). Achievement Emotions and Academic Performance: Longitudinal Models of Reciprocal Effects. *Child Development*, 88(5), 1653–1670.
- Pendergast, D. & Garvis, S. (2017). The importance of health and wellbeing. In S. Garvis & D. Pendergast (Eds.), *Health and wellbeing in childhood*, 2nd edition, Cambridge University Press.
- Posner, J.K. & Vandell, D.L. (1999). After-school activities and the development of low-income urban children: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 35(3), 868-879.
- Resilienza. (2012). In *Dizionario delle Scienze Fisiche*. Retrieved from [http://www.treccani.it/enciclopedia/resilienza_\(Dizionario-delle-Scienze-Fisiche\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/resilienza_(Dizionario-delle-Scienze-Fisiche)/).
- Roccaldo, R., Censi, L., D'Addezio, L., Toti, E., Martone, D., D'addesa, D., Cernigliaro, A. & The Zoom Study Group (2014), Adeherence to the Mediterranean Diet in Italian School Children (The Zoom8 Study). *International Journal of Food, Sciences and Nutrition*, 65(5), 621-8.

- Rodger, J. J. (2004). La critica postmoderna allo stato sociale: dove va il welfare? *Lavoro sociale*, 2/2004. Trento: Erickson.
- Rolland, J. S. & Walsh, F. (2005). Systemic training for healthcare professionals: The Chicago center for family health approach. *Family Process*, 44(3), 283-301.
- Rogers, C. R. (1963). Actualizing Tendency in Relation To "Motives" And To Consciousness. *Nebraska Symposium on Motivation*, 0, 1.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C.D. & Fava, G.A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scale (PWB). *Rivista di Psichiatria*, 38, 117-130.
- Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E. & Fava, G. A. (2006). Well-being therapy in school settings: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 331-336.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E. & Fava, G.A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(4), 522-532.
- Ruini, C. & Fava, G. A. (2014). Increasing Happiness by Well-Being Therapy. *Stability of Happiness: Theories and Evidence on Whether Happiness Can Change*. 147-166.
- Ruini, C., Vescovelli, F., Carpi, V. & Masoni, L. (2017). Exploring Psychological Well-Being and Positive Emotions in School Children Using a Narrative Approach. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 17(1), 1-9.
- Ruus, V., Veisson, M., Leino, M., Ots, L., Pallas, L., Sarv, E. & Veisson, A. (2007). Students' well-being, coping, academic success, and school climate. *Social Behavior and Personality*, 35(7), 919-936.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or is It? Explorations on The Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Ryff, C.D., Singer B.H. & Dienberg, L.G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological sciences* 359(1449), 1383-94.

Salazar, D. (2014). *Nontraditional students' self-efficacy: Embedding intervention programs in core courses*. ProQuest Dissertations Publishing.

Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *The American Psychologist*, 55(1), 110.

Schwarzfischer, P., Weber, M., Gruszfeld, D. Socha, P., Luque, V., Escribano, J., Xhonneux, A, Verduci, E, Mariani, B, Koletzko, B & Grote, V. (2017). BMI and recommended levels of physical activity in school children. *BMC Public Health*, 17(1), 595.

Schwingshackl, L. & Hoffman, G. (2014). Mediterranean Dietary Pattern. Inflammation and Endothelial Function: a Systematic Review and Meta-Analysis of Intervention Trials in Nutrition. *Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 24, 929-939.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K. & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.

Sen, A. (1987). *Commodities and capabilities*. New Delhi: Oxford University Press.

Schunk, D. H., & Pajares, F. (2004). Self-efficacy in education revisited: Empirical and applied evidence. In D.M. Mcinerney & S. Van Etten (Eds.), *Big theories revisited* (pp. 115- 138). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Signore, G.C. (2013). *Storia della Farmacia. Dalle origini al XXI secolo*. Milano: Edra.

Sims, M. (2017). Social determinants of health and wellbeing. In S. Garvis & D. Pendergast (Eds.), *Health and wellbeing in childhood*, 2nd edition. Cambridge University Press.

Siry, C. & Brendel, M. (2016). The inseparable role of emotions in the teaching and learning of primary school science. *Cultural Studies of Science Education*, 11(3), 803–815.

Spratt, J. (2016). Childhood wellbeing: What role for education? *British Educational Research Journal*, 42(2), 223-239.

Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., Hergenroeder, A.C., Must, A., Nixon, P.A., Pivarnik, J.M., Rowland, T.,

Trost, S. & Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.

Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S., & Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: Affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 731-744.

Terracciano, A., McCrae, R. R. & Costa Jr., P. T. (2003). Factorial and Construct Validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 131-141.

Terzi, L. (2009). L'approccio delle capacità applicato alla disabilità: verso la giustizia nel campo dell'istruzione. In G. Brognolo, R. De Camillis, C. Francescutti, L. Frattura, R. Troiano, G. Bassi & E. Tubaro (Eds), *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*. Trento: Erickson.

Theobald, M., Danby, S., Thompson, C. & Thorpe, K. (2017). *Friendship*. In S. Garvis & D. Pendergast (Eds.), *Health and wellbeing in childhood*, 2nd edition. Cambridge University Press.

Tobia, V. & Mazzocchi, G.M. (2015). *QBS 8-13. Questionari per la valutazione del benessere scolastico e identificazione dei fattori di rischio*. Trento: Erickson.

Tobia, V., Greco, A., Steca, P. & Marzocchi, G. M. (2018). Children's Wellbeing at School: A Multi-dimensional and Multi-informant Approach. *Journal of Happiness Studies*, 1-21.

Tomba, E., Belaise, C., Ottolini, F., Ruini, C., Bravi, A., Albieri, E., Rafanelli, C., Caffo, E. & Fava, G. A. (2010). Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 326-333.

Trapanotto, M., Giorgino, D., Zulian, F., Benini, F. & Varni, J.W. (2009). The Italian version of the PedsQL™ in children with rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27, 373-380.

United Nations (1989). Convention on the Rights of the Child. (Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989, entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49).

[<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>].

United Nations (1993). A/RES/48/96, 85th plenary meeting 20 December 1993, *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. [<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>].

United Nations (2006). *Convention on the Rights of Person with Disabilities*.

[<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>].

Varni, J.W., Seid, M. & Rode, C.A. (1999) The PedsQL™: Measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*, 37, 126-139.

Varni, J., Seid, M. & Kurtin, P. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Medical Care*, 39(8), 800-812.

Walden, T. A., Harris, V. S., & Catron, T. F. (2003). How I feel: A self-report measure of emotional arousal and regulation for children. *Psychological Assessment*, 15(3), 399.

Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

White, R. L., Babic, M. J., Parker, P. D., Lubans, D. R., Astell-Burt, T. & Lonsdale, C. (2017). Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5).

Windle, M. & Windle, R. C. (1996). Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: Associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 551.

WHO. *History of the development of the ICD*.
[<https://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>].

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization* (The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948).

WHO and United Nation Children's Fund (1978). *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf].

WHO (1986). *The Ottawa Charter for health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 of november*.
[<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>].

WHO Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt.3, Training workshops for the development and implementation of life skills programmes, 1st rev*. Geneva.
[<http://www.who.int/iris/handle/10665/59117>].

WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Obesity Technical Report Series 894*. Geneva, Switzerland.
[https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/].

WHO (2001). *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento: Erickson.

WHO (2004). *Promoting mental health: concepts emerging evidence, practice* (Summary report). Geneva.
[https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf].

WHO (2007). *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione per bambini e adolescenti*, Trento: Erickson.

WHO (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version (ICF-CY)*.

WHO (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva, Switzerland.

WHO (2014). *Global status report on noncommunicable diseases Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility*.
[http://apps.who.int/pros.lib.unimi.it/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf].

WHO, Regional Office for Europe (2015). EUR/RC65/9: *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*.

WHO (2017) Seventieth World Health Assembly update, 30 May 2017.
[<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/vector-control-ncds-cancer/en/>].

WHO (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)*. Released on 18 June 2018.
[<https://ec.europa.eu/cefdigital/wiki/display/EHSEMANTIC/ICD-11%3A+The+11th+Revision+of+the+International+Classification+of+Diseases>].

WHO, *Physical Activity and Young People, in Global strategy on diet, physical activity and health*.
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/].

Yamasaki, K., Katsuma, R., & Sakai, A. (2006). Development of a Japanese version of the positive and negative affect schedule for children. *Psychological Reports*, 99, 535-546.

Zappulla, C., Pace, U., Lo Cascio, V., Guzzo, G. & Huebner, S.E., (2014). Factor Structure and Convergent Validity of the Long and Abbreviated Versions of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale in an Italian Sample. *Social Indicators Research*, 118(1), 57-69.

Zuccotti, G.V., Cassatella C., Morelli A., Cucugliato M.C., Catinello, G., Del Balzo, V., Guidarelli, L., Agostoni, C., Mameli, C., Troiano, E. & Bedogni, G. (2014). Nutrient Intake in Italian Infants and Toddlers from North and South Italy: The Nutrintake 636 Study. *Nutrients*, 6(8), 3169-3186.