

# Programma

9.30 -10

[Age-Specific Life Skills Education in School: A Systematic Review](#)

*a cura di Luisella Gilardi, DoRS, ASL TO3, Regione Piemonte*

10-11

Presentazione del Progetto «Diario della Salute»

*a cura di Giulia Picciotto, ASL CN2, Regione Piemonte, Antonella Ermacora, Ecletica*

11-12

Divisione in gruppi, in stanze virtuali, per svolgere il lavoro di discussione e confronto della pratica presentata

12-12.30

Discussione in plenaria dei risultati del lavoro in gruppo e conclusioni

# Cos'è una Comunità di Pratica?

Le comunità di pratica e di apprendimento sono gruppi sociali aventi l'obiettivo di produrre conoscenza organizzata e di qualità, in cui ogni membro ha libero accesso.

Il fine è il miglioramento collettivo. Chi entra in questo tipo di organizzazione mira a un modello di condivisione; non esistono aree private o individuali, in quanto tutti condividono tutto; non c'è spazio per la competizione.

# Cos'è una Comunità di Pratica?

All'interno della comunità **non esiste una gerarchia**, i ruoli vengono assunti in base alle competenze ed ai bisogni degli individui.

Ogni membro mette a disposizione non solo la **conoscenza esplicita**, ma anche la **conoscenza tacita** (implicita).

## **Conoscenza tacita**

*Una conoscenza non codificata, non contenuta in testi o manuali, non gestita attraverso flussi comunicativi strutturati; ma una conoscenza che esiste nella testa degli individui, che nasce dall'esperienza lavorativa e che come tale si collega alla capacità di comprensione dei contesti di azione, intuizioni, sensazioni che difficilmente possono essere comprese da chi non condivide tale esperienza.*



*Il miglioramento  
della salute dei  
bambini/e e  
adolescenti*

*Cosa ci interessa/ci  
sta a cuore?*



*A chi sta a  
cuore/interessa?*



*Operatori della prevenzione che  
aderiscono alla Comunità di pratica*



- *Condividere le evidenze riguardo gli interventi efficaci nel setting scolastico;*
- *Favorire il confronto tra le Regioni riguardo le pratiche inserite nel DRPR*
- *Rivedere il DRPR alla luce delle evidenze e delle esperienze*

*In che modo? Con quali regole? Quali prodotti?*



*Che cosa facciamo insieme e come?*

Questo è il **quinto incontro** della comunità di pratica del Niebp.

Abbiamo dedicato il primo alla presentazione di che cosa è una comunità di pratica, nel corso degli altri tre abbiamo esaminato 3 programmi per la promozione di una alimentazione salutare nelle scuole: in particolare il

- programma **Okkio alle 3 A (Alimentazione, Attività fisica e Abitudini)**,
- il **programma BIG (Bambini, Insegnanti e Genitori)**
- il **programma Crea Menù**.

Vi abbiamo chiesto, tramite questionario on line, su quale tema volevate concentrarvi nel corso del 2026, in molti hanno espresso l'indicazione di focalizzare l'attenzione sullo sviluppo delle life skills nel setting scolastico.

Tutti i materiali dei precedenti incontri sono [NIEBP - Prodotti originali NIEBP](#)



# Age-Specific Life Skills Education in School: A Systematic Review

*Esther Kirchhoff\* and Roger Keller*

*Centre for Inclusion and Health in Schools, Zurich University of Teacher Education, Zurich, Switzerland*

---

# Introduzione

Le life skills sono caratterizzate da un'ampia gamma di competenze emotive, psicosociali e cognitive volte a migliorare l'autoregolazione, prendere decisioni informate e costruire relazioni sociali di supporto.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Life Skill Education (LSE) include la promozione di tre categorie di life skills:

*Life Skills Education for children and adolescents in schools. Programme on Mental Health World Organization, Geneva, 1997.*

---

**Competenze di comunicazione e relazioni**

Comunicazione interpersonale

Negoziazione e capacità di rifiuto

Empatia

Cooperazione e lavoro di squadra

Advocacy e promozione

---

**Competenze decisionali e di pensiero critico**

Decision making e problem solving

Pensiero critico

Pensiero creativo

Gestione delle emozioni

**Competenze di coping e autogestione**

Fiducia in sé e senso di autoefficacia

Assunzione di responsabilità

Capacità di incidere e promuovere cambiamento

Gestione dello stress

Autocontrollo e gestione personale

---

# Introduzione

---

La Life skill education (LFE) si basa su metodi di insegnamento e apprendimento interattivi e partecipativi e affronta situazioni di vita reale per applicare e allenare competenze essenziali.

Tali situazioni riguardano spesso atteggiamenti e comportamenti problematici legati alla salute, come uso di sostanze, consumo di alimenti ad alto contenuto calorico, violenza, comportamenti sessuali a rischio o inattività fisica

---

# Introduzione

Lo sviluppo delle competenze cognitive e psicosociali inizia nell'infanzia e continua per tutta la vita. Le diverse fasi di età rappresentano periodi sensibili per lo sviluppo di specifiche competenze.

**Prima infanzia:** sviluppo sensoriale, motorio e linguistico

**Infanzia intermedia:** apprendimento simbolico\* e pensiero strutturato

**Adolescenza:** sviluppo sociale, emotivo e cognitivo avanzato

\* *L'“apprendimento simbolico” è la capacità di usare simboli per rappresentare la realtà, pensare in modo astratto e comunicare significati.*

---

## Obiettivi

---

La revisione affronta le seguenti domande:

1. Quali life skills vengono promosse in ambito scolastico?
2. Sono adattate all'età?
3. Sono efficaci?

# Metodi

La revisione si basa su studi longitudinali quasi-sperimentali di valutazione peer-reviewed su programmi scolastici universali di Life Skill Education (LSE).

Sono stati consultati sei database elettronici (ERIC, PsycINFO, PSYINDEX, PubMed, CINAHL e Cochrane Library).

Inclusi articoli pubblicati tra il 2007 e il 2020 in lingua inglese.

La popolazione target comprendeva studenti di età 6–16 anni.

Criteri di inclusione :

- programmi realizzati nel setting scolastico
- condotti principalmente da insegnanti
- focus su almeno tre life skills dell'OMS
- presenza di gruppo di controllo
- misurazioni longitudinali con follow-up  $\geq$  6 mesi

# Risultati

La ricerca ha prodotto 1.262 record, ridotti a 31 studi inclusi, corrispondenti a **18 programmi**.

Classi 2-4: primaria (7-9 anni)



2 programmi  
(Svizzera e  
Australia)

Classi 5-6: ultimo anno primaria e primo anno secondaria di primo grado (10-11)

Classi 7-9 dal 2 anno secondaria primo grado al 2 anno secondaria di secondo grado (12-15)

 16 programmi

(USA, Germania, Italia, Australia, Finlandia, Spagna, Austria, Belgio, Grecia, Svezia, Sud Africa).

# Risultati

I programmi prevedevano generalmente da 5 a 15 incontri settimanali nel primo anno e un numero ridotto di incontri negli anni successivi. Alcuni erano inseriti in strategie più ampie di promozione della salute che coinvolgevano anche famiglie e politiche scolastiche.



## Risultati (7-9 anni )

Nei programmi rivolti ai bambini più piccoli, le life skills erano orientate soprattutto a:

- riconoscere e comprendere le emozioni;
- collegare emozioni, pensieri e comportamenti;
- sviluppare autoregolazione e coping\*;
- apprendere tecniche di rilassamento;
- promuovere comportamenti prosociali e rispetto delle regole.



L'attenzione era quindi principalmente centrata sullo sviluppo emotivo e sociale di base, piuttosto che sulle competenze decisionali e critiche che diventano più rilevanti durante l'adolescenza.

*Il termine **coping** indica l'insieme delle strategie cognitive, emotive e comportamentali che una persona utilizza per affrontare situazioni difficili, stressanti o problematiche.*

## Obiettivi di salute e risultati comportamentali

- Comportamenti esternalizzanti: è l'area dove si registrano i successi maggiori. I programmi sono risultati **efficaci (+)** nel ridurre **l'aggressività**.
- Per quanto riguarda **impulsività, ADHD - Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, i risultati variano da positivi a nulli (+/0)**, mentre non sono stati riscontrati effetti sui comportamenti esternalizzanti non aggressivi (0)\*
- Disturbi internalizzanti: Gli interventi su depressione e ansia hanno mostrato un effetto nullo (0). I **risultati sono stati invece misti (+/0) per quanto riguarda le difficoltà emotive**, mentre non sono stati rilevati miglioramenti nei problemi di condotta o con i pari (0).

In sintesi si evidenzia che, sebbene i programmi per questa fascia di età siano efficaci nel contrastare l'aggressività, faticano a produrre cambiamenti significativi nelle competenze prosociali e nella prevenzione dei sintomi internalizzanti come l'ansia e depressione.

\* impulsività; irrequietezza e iperattività ;difficoltà a rispettare le regole ;interrompere frequentemente gli altri; oppositività o sfida verso l'autorità; comportamenti dirompenti in classe; scarso autocontrollo; distrazione associata a comportamenti che disturbano l'attività del gruppo.

## Risultati (10-11 anni)



I programmi per questa fascia d'età si basano prevalentemente sulla teoria dell'influenza sociale, sull'apprendimento sociale e su modelli cognitivo-comportamentali con lo scopo di aiutare gli studenti a gestire la crescente pressione dei pari e le norme sociali che iniziano a consolidarsi in pre-adolescenza.

## Risultati (10-11 anni)

L'efficacia dei programmi nel migliorare le competenze specifiche in questa fascia d'età è variabile:

- **Comunicazione e abilità interpersonali:** i programmi si concentrano molto sulle abilità specifiche per il rifiuto di sostanze. L'assertività ha mostrato risultati contrastanti (positivi, nulli o persino negativi: +/0/-), mentre **le abilità di rifiuto hanno registrato effetti positivi o nulli (+/0)**. Per le abilità sociali generali, si sono osservati miglioramenti **nell'autonomia e nella tolleranza (+)**, ma scarsi effetti sulle abilità prosociali e sulla collaborazione di gruppo (0).
- **Pensiero critico e processi decisionali:** Gli interventi **hanno avuto successo (+)** nel migliorare le **conoscenze sulle sostanze** e **nell'influenzare positivamente le attitudini e le credenze normative**. Tuttavia, le abilità di problem solving sociale e le capacità decisionali (come l'evitamento di situazioni a rischio) non sono state influenzate dai programmi (0).
- **Coping e autogestione:** È stata riscontrata **un'efficacia positiva o nulla (+/0) nell'auto-efficacia della resistenza e nella gestione del distress**. Al contrario, non sono stati rilevati impatti significativi sull'autostima (0).

## Obiettivi di salute e risultati comportamentali

- **Uso di sostanze:** i risultati **sull'incidenza e l'inizio dell'uso di sostanze sono stati misti (+/0)**, così come le intenzioni di consumo future (+/0/-).
- **Benessere mentale:** Un risultato significativo è la **riduzione dell'ideazione suicidaria (+)**. Per quanto riguarda **depressione e ansia, gli effetti variano da positivi a nulli (+/0)**
- **Integrazione scolastica:** Alcuni programmi hanno mostrato un miglioramento **nel legame con la scuola (school bonding), sebbene i risultati non siano costanti (+/0)**.

In sintesi, i programmi per questa fascia di età riescono a trasmettere conoscenze e migliorare alcune capacità di resistenza, faticano tuttavia a produrre cambiamenti significativi in competenze complesse come il problem solving o in costrutti psicologici profondi come l'autostima.

## Risultati (12 -15 anni)



I risultati indicano che in questa fascia d'età gli interventi si spostano verso un **approccio socio-cognitivo** che enfatizza i fattori di influenza sociali e socioculturali sulla salute.

I programmi per questa fascia di età si basano su modelli complessi come la teoria dell'influenza sociale, l'apprendimento sociale e il modello di influenza tripartita\* per l'immagine corporea.

L'obiettivo principale è rendere gli adolescenti capaci di analizzare criticamente il loro ambiente per assumersi la responsabilità dei propri processi di regolazione.

*\*Il Modello di Influenza Tripartita (Tripartite Influence Model) è una teoria sviluppata per spiegare come si forma l'immagine corporea e come possono svilupparsi l'insoddisfazione corporea e i disturbi alimentari, soprattutto durante l'adolescenza. Secondo questo modello, tre principali fonti sociali influenzano il modo in cui una persona percepisce il proprio corpo:*

1. Famiglia
2. Pari (amici e compagni)
3. Media

## Risultati (12 -15 anni)

- **Abilità comunicative e interpersonali:** i programmi includono abilità specifiche per le sostanze (assertività e rifiuto), che tuttavia hanno mostrato un effetto nullo (0) in termini di miglioramento misurabile in questa fase. **Risultano invece efficaci (+) nel migliorare le relazioni tra ragazzi e ragazze e il supporto dei pari,** con benefici visibili fino alla giovane età adulta.
- **Pensiero critico e processo decisionale:** **si riscontra un'efficacia positiva (+) nell'aumento delle conoscenze specifiche su sostanze e uso del preservativo, e nella capacità di riflettere sulle tecniche dei media e sulla bellezza artificiale (pressione dei media e confronto sociale).** Tuttavia, le norme e le credenze sulla pericolosità delle sostanze hanno spesso mostrato un effetto nullo (0).

## Obiettivi di salute e risultati comportamentali

- **Uso di Sostanze:** i **programmi hanno avuto successo (+) nel ritardare l'incidenza e l'inizio dell'uso di sostanze**, con effetti che persistono fino alla giovane età adulta, ma non hanno mostrato efficacia (0) sulla cessazione del consumo una volta iniziato.
- **Salute Mentale e Comportamento:** sono **stati riscontrati effetti positivi (+) sulla riduzione dei sintomi depressivi (specialmente a lungo termine) e sulla risoluzione dei problemi relazionali**. Al contrario, l'impatto sui disturbi alimentari (insoddisfazione corporea, bulimia) e sull'interiorizzazione dei problemi è stato nullo (0).
- **Sessualità:** gli interventi **sono risultati efficaci (+) nel promuovere l'auto-efficacia nell'uso del preservativo**, ma non hanno influenzato (0) la frequenza dei rapporti sessuali.

In sintesi la LSE in adolescenza è molto efficace nel promuovere la consapevolezza critica e nel prevenire l'inizio di comportamenti a rischio a lungo termine, tuttavia fatica a modificare abilità interpersonali specifiche o a intervenire su disturbi già radicati come quelli alimentari.

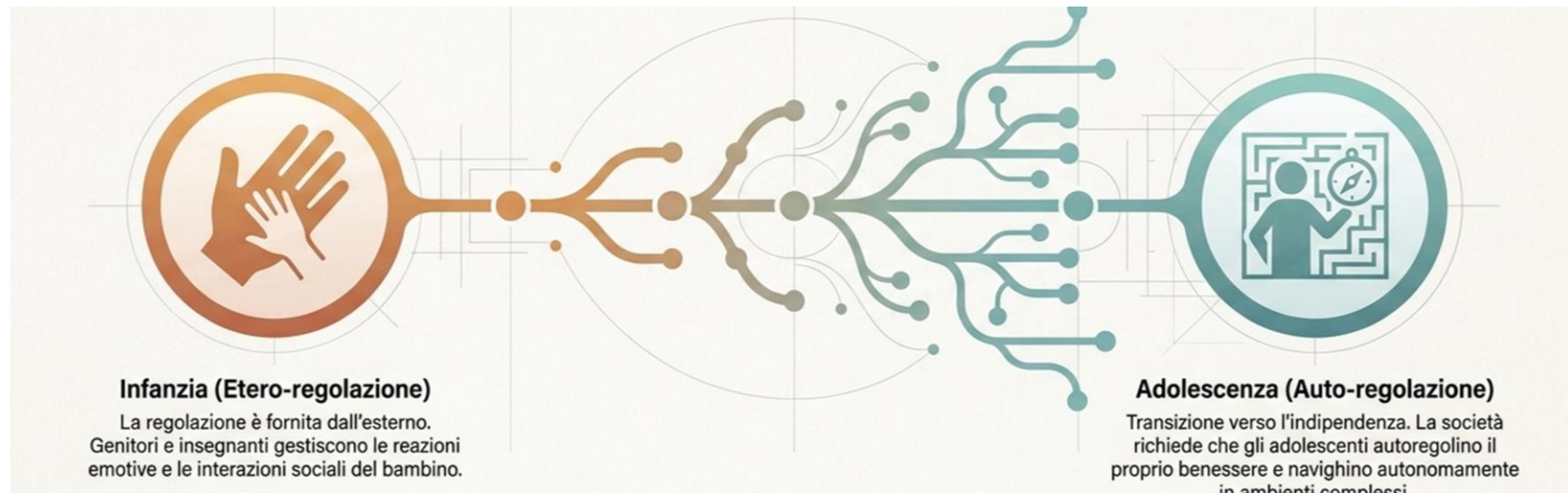
# In sintesi

## Evoluzione degli obiettivi per fascia di età

La ricerca evidenzia un netto spostamento nel focus dei programmi man mano che gli studenti crescono:

**Bambini:** Gli interventi hanno un focus **comportamentale-affettivo**. Mirano a insegnare ai bambini come collegare le emozioni alle cognizioni per migliorare l'autoregolazione e il coping.

**Adolescenza:** Si passa a un approccio **socio-cognitivo** più ampio. L'enfasi si sposta sull'analisi critica delle influenze sociali e socioculturali, come la pressione dei media, le norme del gruppo dei pari e gli stereotipi legati all'immagine corporea.



---

# In sintesi -1

---

I risultati disponibili indicano che i programmi tendono a migliorare:

- competenze relazionali;
- capacità comunicative;
- assertività;
- conoscenze relative alla salute;
- credenze normative;
- atteggiamenti verso la salute.

Al contrario, non sono stati osservati effetti significativi su:

- problem solving;
- capacità decisionali;
- coping;
- competenze di autogestione.

Gli autori osservano inoltre che la maggior parte delle valutazioni riguardava conoscenze e atteggiamenti, mentre aspetti più complessi come coping e problem solving sono stati misurati raramente.

## In sintesi -2

I programmi hanno mostrato effetti, almeno in parte, su:

- aggressività;
- iperattività;
- comportamenti antisociali;
- uso di sostanze;
- uso del preservativo;
- regolazione emotiva;
- ideazione suicidaria;
- depressione.

Non sono invece emersi effetti significativi riguardo:

- ansia;
- disturbi alimentari



---

## Limiti

- Pochi studi su fascia età più bassa
- Prevalenza di studi occidentali
- Scarsa presenza di studi da paesi a basso e medio reddito
- Poche valutazioni dirette delle life skills
- Uso prevalente di autovalutazioni degli studenti
- Pochi effetti negativi riportati
- Scarsità di dati su coping, autoregolazione e problem solving

# Raccomandazioni Strategiche per il Sistema Scolastico



## Investire Precocemente

Colmare il divario dei Gradi 1-4. Anticipare l'insegnamento del coping e dell'alfabetizzazione emotiva prima che si cristallizzino i comportamenti esternalizzanti.



## Adattare la Pedagogia all'Età

Smettere di usare approcci "taglia unica". Passare dall'identificazione delle emozioni (Primaria) all'analisi critica delle norme sociali e dell'influenza dei media (Secondaria).



## Formare i Formatori

L'efficacia richiede pratica continua. Gli insegnanti necessitano di coaching metodologico continuo, non solo di manuali didattici, per guidare il passaggio dall'etero all'auto-regolazione.

Grazie per l'attenzione

## Mandato di lavoro

3 gruppi

Domande su cui riflettere

A seguito della presentazione del programma *Diario di Salute* riflettere sui seguenti punti:

- 1) Quali sono i punti di forza del programma?
- 2) Quali quelli di debolezza?
- 3) Aspetti legati alla trasferibilità
- 4) Confronto con le evidenze della letteratura: come integrare/modificare l'intervento

Alla fine del lavoro di gruppo realizzare una presentazione che risponda ai punti considerati