

## 12. Stili di Vita, alfabetizzazione sanitaria e percezione del rischio oncologico negli adolescenti - Progetto SUNRISE

a cura di L. Del Campo, L. Lombardi, C. Pilotti, A. Sannella, A. Sproviero – FAVO

### Cos'è il progetto SUNRISE

In linea con gli obiettivi della Missione Europea sul Cancro relativi alla prevenzione e alla diagnosi precoce, il progetto europeo **SUNRISE** (*Sustainable interventions and healthy behaviours for adolescent primary prevention of cancer with digital tools*) promuove l'adozione di stili di vita più sani e consapevoli. Finanziato nell'ambito della *Cancer Mission* (Call: HORIZON-MISS-2023-CANCER-01-02) e avviato a gennaio 2024, il progetto mira a generare cambiamenti positivi e duraturi nei comportamenti degli adolescenti. Data la complessità del rischio oncologico, l'iniziativa riconosce che il legame tra interventi educativi e riduzione dell'incidenza non è lineare: per questo motivo, SUNRISE adotta una prospettiva multilivello e di lungo periodo. L'adolescenza rappresenta infatti una fase biologica e sociale critica per lo sviluppo di abitudini a rischio; intervenire con strategie di prevenzione mirate in questo ciclo di vita è dunque una priorità essenziale per la salute pubblica futura. L'obiettivo di SUNRISE è quindi creare, implementare e valutare un programma digitale innovativo per la prevenzione primaria del cancro, sviluppato attraverso tecniche di 'co-creazione' che coinvolgono soggetti diversi, tra cui educatori, adolescenti, genitori, esperti di salute pubblica e responsabili politici. Inoltre, il programma prevede l'integrazione di nuovi approcci e mezzi di intervento come i social media e il coinvolgimento degli influencer, l'alfabetizzazione pubblicitaria, i giochi educativi online e le piattaforme robotiche sociali, per rendere più efficace la prevenzione primaria del cancro tra gli adolescenti europei. Gli obiettivi del progetto in particolare sono i seguenti:

1. Realizzare, con metodologie di co-creazione, un programma digitale innovativo per la prevenzione primaria del cancro e favorire un cambiamento sostenibile dei comportamenti di salute degli adolescenti. Il programma digitale è adattato in modo coerente alle diverse condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali (urbane e rurali) di 8 Paesi europei (Grecia, Svizzera, Slovenia, Spagna, Cipro, Italia, Belgio, Romania).
2. Esplorare, monitorare e valutare sistematicamente le conoscenze in materia di prevenzione del cancro e identificare i bisogni insoddisfatti, le barriere e gli elementi facilitanti per un'attuazione sostenibile del suddetto programma.
3. Sviluppare e utilizzare strumenti digitali interattivi per migliorare, adattare e ampliare la scala degli interventi innovativi basati su evidenze scientifiche, per la formazione degli adolescenti sulle proprie competenze di vita.
4. Eseguire il primo studio di implementazione su larga scala in un paese europeo – in aree urbane e rurali – per analizzare a fondo l'efficacia del nuovo programma sulla sostenibilità dei comportamenti di salute e sul cambiamento degli stili di vita degli adolescenti, nonché per valutare la strategia di implementazione per l'adozione e l'uso sostenibile del programma digitale.
5. Sviluppare e promuovere politiche, attività di diffusione e iniziative di valorizzazione per aumentare la consapevolezza, le competenze e l'adozione, da parte di educatori, professionisti della salute, decisori politici e cittadini, di programmi scolastici digitali dedicati alla prevenzione primaria del cancro.

In questo contesto, FAVO ricopre il ruolo di partner strategico. Il presente contributo si focalizza sull'ampia indagine trasversale coordinata dalla Federazione, condotta su un campione di adolescenti nelle scuole di 8 paesi europei, stratificati per età, sesso, tipo di istruzione e area di residenza, e sull'analisi dettagliata dei risultati emersi nel contesto italiano.

## L'Indagine: Partecipazione e Campione

Lo studio si basa su un'indagine trasversale online condotta su 5.074 adolescenti di età compresa tra i 12 e i 19 anni, provenienti da 8 paesi europei. Il campione è stato stratificato in base a sesso, età, zona di residenza (urbana/rurale), tipo di scuola e background migratorio.

- **Paesi partecipanti:** I dati sono stati raccolti in 8 paesi: Belgio, Cipro, Grecia, Italia, Romania, Slovenia, Spagna e Svizzera.
- **Focus sull'Italia:** Il campione italiano comprende 1.135 studenti, pari al 18% del campione complessivo. Hanno partecipato all'indagine 6 istituti scolastici secondari di secondo grado situati in 4 regioni diverse: Lazio, Lombardia, Campania e Puglia.
- **Profilo demografico:** La distribuzione demografica degli studenti italiani (genere ed età, tra minori e maggiorenni) è risultata perfettamente allineata alla media europea, pur non escludendo possibili differenze culturali nella percezione soggettiva di salute e benessere tra i diversi contesti nazionali. Il campione italiano presenta una ripartizione del 48% di maschi, del 45% di femmine e del 7% di soggetti di altro genere.

## Metodologia della ricerca

La metodologia dello studio è stata caratterizzata da un elevato rigore scientifico, al fine di garantire l'affidabilità dei risultati.

- **Modello Teorico:** la metodologia adottata si basa sull'Health Belief Model (HBM), elaborato da Rosenstock (1974) e successivamente ampliato da Becker (1974), che sottolinea l'importanza delle percezioni individuali nel determinare i comportamenti relativi alla salute.
- **Analisi dei cluster:** Per l'analisi approfondita, i ricercatori hanno selezionato un campione di 4.054 questionari compilati da adolescenti tra i 12 e i 18 anni.
- **Criteri di esclusione:** Dall'analisi cluster sono stati esclusi circa 1.020 giovani adulti (over 18) per evitare distorsioni statistiche, poiché questo gruppo era presente solo in alcuni paesi e avrebbe potuto invalidare i risultati relativi alla fascia adolescenziale *core*.
- **Standardizzazione:** I dati sono stati raccolti tramite la piattaforma Qualtrics, applicando procedure di ponderazione basate sulle statistiche dell'Eurostat per correggere eventuali deviazioni nel campione.
- **Etica e Trasparenza:** Lo studio ha ricevuto l'approvazione del Comitato Etico dell'Università di Ghent ed è preregistrato sull'Open Science Framework.

La natura trasversale dell'indagine non consente, tuttavia, di stabilire relazioni causali tra le variabili, ma solo di individuare associazioni che possono rivelarsi molto utili ai fini della prevenzione.

## Risultati: il profilo degli studenti italiani e le leve del cambiamento

L'analisi dei dati rivela un profilo dello studente italiano peculiare, caratterizzato da abitudini alimentari più sane rispetto alla media europea, probabilmente dovute alle abitudini alimentari mediterranee, ma da una vulnerabilità preoccupante verso altre dipendenze e da un benessere percepito inferiore a quello dei coetanei europei intervistati.

### Percezione del benessere e della salute

I risultati indicano una maggiore vulnerabilità psico-fisica tra i giovani italiani.

- **Gap di benessere:** il valore medio del benessere percepito dagli studenti italiani è di **7/10**, contro l'**8/10** del valore medio percepito dai coetanei europei coinvolti nella survey.
- **Stato di salute:** Solo il **67%** dei partecipanti italiani indica il proprio stato di salute come "al meglio", rispetto al **74%** della media europea. Questo dato suggerisce che gli adolescenti italiani si sentano meno vitali o più stressati rispetto ai loro coetanei all'estero.

## Abitudini a confronto: il caso italiano

Il profilo comportamentale italiano presenta un forte contrasto tra alimentazione e sostanze:

- **Sostanze nocive:** L'uso di tabacco e alcolici è più frequente tra gli studenti italiani rispetto alla media degli otto Paesi europei coinvolti nell'indagine.
- **Alimentazione:** Al contrario, l'uso di fast food e di bevande zuccherate o gassate è meno frequente in Italia rispetto a quello dei coetanei europei intervistati. L'Italia mantiene dunque una buona cultura alimentare, probabilmente in linea con l'impegno a promuovere la dieta mediterranea, ma fatica a controllare le dipendenze alimentari.
- **Esposizione al sole:** Solo il 58% degli adolescenti italiani intervistati associa l'esposizione solare non protetta al rischio di cancro, il dato più basso della rilevazione insieme alla Grecia. Questa marcata sottovalutazione del rischio UV, particolarmente critica per un paese mediterraneo, evidenzia la necessità di campagne educative mirate.
- **Marketing:** La pressione pubblicitaria sugli alimenti non sani in Italia (32%) è sovrapponibile alla media degli 8 Paesi europei coinvolti nell'indagine (33%). Il monitoraggio della pressione pubblicitaria risulta necessario, ma non sufficiente, se non accompagnato da interventi regolamentari, educativi e di contrasto alle forme più diffuse del marketing digitale.

## Cosa motiva gli adolescenti italiani a migliorare la salute

Comprendere che cosa spinge gli/le adolescenti a migliorare le proprie abitudini è fondamentale per la prevenzione. In Italia, le motivazioni superano spesso la media degli 8 Paesi europei coinvolti nell'indagine per intensità:

- **Riduzione dell'alcol e del fumo:** Le leve principali sono il risparmio di denaro, il desiderio di **sentirsi orgogliosi** di sé stessi e la paura di problemi futuri di salute. Gli italiani sono particolarmente motivati a ridurre l'alcol (più della media tra gli 8 Paesi europei coinvolti nell'indagine), ma trovano molto più difficile smettere di fumare rispetto ai coetanei europei.
- **Alimentazione sana:** La motivazione di una sana alimentazione è legata al prendersi cura del proprio corpo e al desiderio di sentirsi più sani. Gli italiani non solo sono più motivati rispetto alla media dei propri coetanei che hanno partecipato alla ricerca negli 8 Paesi europei coinvolti nell'indagine, ma hanno anche dichiarato che per loro è facile ridurre il consumo del cosiddetto cibo 'spazzatura'.

## Un quadro tra luci e ombre

L'indagine SUNRISE restituisce l'immagine della popolazione studentesca indagata che, pur mantenendo un legame positivo con le abitudini alimentari tipiche della nostra cultura, come l'adesione alla dieta mediterranea e un minore consumo di fast food e di bevande zuccherate rispetto alla media degli 8 Paesi europei coinvolti nell'indagine, presenta segnali di allarme sul piano del benessere psicofisico e del consumo di sostanze. Il dato più significativo riguarda il gap relativo agli stili di vita e le ricadute sulla salute e sul benessere: gli studenti italiani incontrano anche maggiori difficoltà a lasciare abitudini nocive, come il fumo, pur riconoscendone i benefici sia sul piano economico sia su quello sanitario. Al contrario, la forte motivazione a ridurre l'alcol e i cibi non salutari suggerisce che, laddove i benefici siano percepiti in termini più immediati – ad esempio sul piano estetico o dell'autostima – ragazze e ragazzi risultano più disponibili ad attivarsi e a modificare i propri comportamenti.

## Raccomandazioni strategiche

Sulla base dei risultati rilevati, emerge la pressante necessità di:

### Focalizzare gli interventi sul benessere psicologico

Data la minore percezione di benessere in Italia, le campagne non dovrebbero limitarsi a dire "cosa non fare", ma offrire strumenti per migliorare lo stato psicofisico complessivo. Il benessere psicologico deve essere il

prerequisito per qualsiasi scelta di salute consapevole, e ciò richiede una precisa integrazione con interventi mirati e strutturali, tramite i servizi territoriali volti a implementare le diverse strategie in base alla popolazione target.

## Leve motivazionali: oltre la salute, il portafoglio e l'identità

Per il fumo e l'alcol, i dati indicano che la salute non è l'unica leva efficace. Occorre infatti concentrarsi anche su:

- **Risparmio economico:** motivazione molto sentita a ridurre il consumo di tabacco e di alcol.
- **Autostima e orgoglio:** Far leva sul "sentirsi orgogliosi" dei propri progressi, un fattore che supera in percentuale la media nei desideri degli studenti italiani.
- **Creare spazi di socialità** volti alla costruzione del benessere collettivo e non solo individuale
- **Facilitare i percorsi di pratiche per l'abbandono di azioni legate al tabagismo**

Considerata l'elevata difficoltà dei giovani italiani a smettere di fumare, si suggerisce di rafforzare l'educazione alla prevenzione all'interno delle istituzioni scolastiche e in quelle sociosanitarie. In particolare, si suggerisce di avviare azioni per incoraggiare l'integrazione tra scuola e sanità nei programmi di supporto pratico ed educare alla salute e al rispetto degli ambienti comuni. Attraverso la consulenza professionale e il coinvolgimento dei pari, è possibile superare le diffidenze iniziali degli adolescenti utilizzando metodologie, canali e messaggi comunicativi condivisi in quella fascia d'età.

## Consolidare le buone pratiche alimentari

L'Italia parte da una posizione di vantaggio nel consumo di prodotti da 'fast food'. La raccomandazione è di rinforzare questo comportamento positivo utilizzando messaggi legati al "sentirsi meglio con il proprio corpo", trasformando la scelta alimentare sana in uno stile di vita consapevole e positivo.

## Monitorare la pressione pubblicitaria

Nonostante le abitudini alimentari risultino complessivamente migliori, l'esposizione al marketing di alimenti non salutari si mantiene in linea con la media europea: oltre il 30% degli adolescenti dichiara di essere esposto a messaggi pubblicitari con frequenza settimanale. È pertanto necessario mantenere alta l'attenzione sulla regolamentazione dei messaggi pubblicitari destinati ai minori, in particolare sui canali digitali.

## Conclusioni

I risultati emersi per il contesto italiano delineano un quadro che, pur conservando radici positive nelle abitudini alimentari, presenta sfide urgenti legate al benessere psicofisico e alla gestione delle dipendenze, in particolare il tabagismo. La ricerca presentata, oltre a offrire un contributo rilevante alla comprensione dei comportamenti di salute e di prevenzione negli adolescenti nel nostro Paese, mette in luce la necessità di rinforzare i piani di governance istituzionali e il sistema di prevenzione nazionale. In questo scenario, si rende necessaria una visione sistemica e corale: è infatti indispensabile consolidare una sinergia strutturale tra le istituzioni, le società scientifiche, il mondo della scuola e le associazioni di volontariato e dei pazienti. Solo attraverso questa alleanza trasversale sarà possibile trasformare i dati della ricerca in politiche sanitarie concrete e integrate nel territorio, garantendo che i messaggi di prevenzione arrivino ai giovani in modo pervasivo, empatico e costante, trasformando la consapevolezza individuale in un cambiamento culturale duraturo.

## Riferimenti bibliografici

- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-473. <http://www.jstor.org/stable/45240625>
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2 (4), 354-386.