**

“***UN MIGLIO AL GIORNO INTORNO ALLA SCUOLA”***

**IL PROGETTO E I SUOI PRIMI RISULTATI**

**PERCHE’ FA BENE L’ATTIVITA’ FISICA?**

**Raccomandazioni ed evidenze**

L’Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda, dai 5 ai 17 anni di età, di svolgere almeno un’ora al giorno di attività fisica aerobica, d’intensità sia moderata che vigorosa.

La letteratura scientifica\* ha, infatti, ampiamente dimostrato che 60 minuti al giorno di camminata a ritmo sostenuto - oppure di corsa, di pedalata o di nuotata, di gioco attivo -anche suddivisi in periodi di 10 minuti ciascuno, sono già sufficienti per ottenere benefici per il benessere fisico e psicologico di bambini, ragazzi, adolescenti e giovani.

Gli effetti positivi aumentano ulteriormente se si aggiungono - per almeno tre giorni a settimana - ulteriori minuti trascorsi svolgendo attività d’intensità vigorosa che allenano la forza muscolare e rafforzano le ossa. Andrebbe inoltre limitato il più possibile il tempo quotidiano trascorso da seduti favorendo modalità attive di spostamento e di svago.

**I livelli di attività fisica raccomandati per la fascia di età 5 - 17 anni** **sono associati**, secondo una relazione dose - risposta, **a molteplici benefici di salute e di benessere psicologico** da raggiungere sia nel breve sia nel lungo termine.

**Sul piano della salute, l’attività fisica raccomandata**:

* migliora lo stato generale di salute e la forma fisica,
* sviluppa la resistenza cardiovascolare e la forza muscolare,
* incide positivamente sulla salute ossea,
* migliora il profilo di rischio per le malattie croniche e metaboliche in età adulta,
* riduce l’aumento della massa grassa corporea,
* contrasta i sintomi degli stati di ansia e depressivi.

Tra gli effetti sul **benessere psicologico**, studi rigorosi\*, rilevano la correlazione tra attività fisica moderata-vigorosa e buon rendimento scolastico nei bambini e negli adolescenti.

La forma fisica degli studenti sembra, infatti, essere un eccellente fattore di previsione delle prestazioni scolastiche.

**Altri effetti sul benessere psicologico** sono:

* sviluppo dell’autostima, dell’autonomia e del concetto di sé,
* aumento della motivazione,
* miglioramento delle capacità di concentrazione e di apprendimento,
* sostegno alla gestione dell’ansia e delle situazioni stressanti,
* rispetto delle regole della vita di classe,
* prevenzione di comportamenti a rischio (uso di tabacco, di droghe) e antisociali (bullismo, coinvolgimento in azioni delinquenziali, …). (\*)

**ANALISI DI CONTESTO**

L’ASL TO4 opera su un territorio coincidente con parte della provincia di Torino, con una popolazione complessiva, al 01.01.2019, di 516.255 abitanti (Fonte: BDDE) distribuiti in 174 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese.

Sono presenti 5 distretti sanitari: Ciriè-Lanzo, Chivasso-S.Mauro, Settimo T.se, Ivrea e Cuorgnè. L’estensione e la variabilità geografica del territorio sono senza dubbio notevoli: dall’hinterland torinese verso la Valle d’Aosta a nord e verso il territorio francese nella zona ad ovest. La densità abitativa è più alta per l’area di Chivasso, mentre l’area di Ivrea ha una popolazione complessivamente più anziana.

Il numero di Comuni è superiore nell’area di Ivrea, dove è peraltro presente anche una componente di Comuni classificati come montani più rilevante.

Nel territorio dell’ASL TO4 sono presenti 48 Istituti Comprensivi e Direzioni Didattiche, 26 Istituti di Istruzione superiore, 9 scuole di Formazione Professionale, 6 Centri di Formazione per Adulti (CPIA), 67 Scuole Paritarie (dall’infanzia alle superiori) e 110 Asili Nido (tra privati e comunali). Nello specifico i plessi scolastici totali risultano essere 673.

**La popolazione scolastica**

I dati raccolti dalle sorveglianze (OKkio alla salute) hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL non fanno ancora abbastanza attività fisica. Si stima che circa 1 bambino su 9 risulti fisicamente inattivo, più le femmine rispetto ai maschi (non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all’indagine, cioè attività motoria a scuola, attività sportiva strutturata o gioco all’aperto nel pomeriggio). Solo 1 bambino su 3 raggiunge il livello di attività fisica raccomandato per la sua età, inteso come “almeno un’ora da 5 a 7 giorni alla settimana”, con un maggior contributo dato dai giochi di movimento.

All’interno del gruppo di bambini non attivi, il 63% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 6% molta attività fisica. Limitatamente ai non attivi vi sono differenze, non significative, di percezione per sesso dei bambini (le madri considerano più attivi di quel che sono i maschi, 70% rispetto al 56% delle femmine), e per livello scolastico della madre (percezione più accurata da parte delle madri laureate).

E’ necessario di nuovo sottolineare come, secondo l’OMS, i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l’educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata - intensa (OMS, 2010). L’attività motoria, la salute e la qualità della vita risultano strettamente correlate tra loro, tant’è che la riduzione della prestazione motoria è associata all’aumento di prevalenza dell’obesità, come ulteriore fattore di rischio per la salute; a questo proposito, la letteratura scientifica internazionale evidenzia la relazione tra l’incremento dell’attività fisica in età adolescenziale ed una migliore salute in età adulta (Janssen, 2007).

Come suggeriscono alcuni studi (Janssen, 2009; OMS, 2011), l’acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l’infanzia e l’adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta. **Combattere la sedentarietà deve divenire, quindi, una pratica costante e quotidiana, sentita e fortemente voluta dall’interessato**. Fare attività fisica regolare non sembra un’abitudine diffusa fra gli adolescenti (HBSC, 2014) risulta che meno della metà (46,5%) dei ragazzi fa attività fisica almeno 4 giorni la settimana e solo il 17% raggiunge la frequenza di almeno 6 giorni la settimana. In linea con le osservazioni nazionali ed internazionali, emerge che la frequenza di attività fisica nella settimana diminuisce con l’età e che le ragazze fanno meno attività fisica dei ragazzi. Una quota consistente di ragazzi (30-40%) dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana. La mancanza di spazi e di tempi adeguati, nonché di sicurezza nel frequentare luoghi all’aperto, fa sì che i ragazzi siano sempre più confinati in spazi chiusi e più sicuri, in particolare in casa davanti alla televisione o ai videogame (Sonneville, 2009).

Sebbene l’analisi dei dati di HBSC mostri una debole o nessuna relazione con l’attività fisica ridotta (Janssen, 2005; Borraccino, 2009), il comportamento sedentario risulta essere un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari indipendente dai bassi livelli di attività fisica (Hume, 2009).

Se accettiamo, come dobbiamo fare senza ulteriori riserve, il concetto che la sedentarietà rappresenta un insidioso fattore di rischio per la salute, in particolare se praticata per lunghi periodi e precocemente nel corso della vita, la scuola primaria italiana rappresenta certamente il primo spazio/tempo dove i bambini, futuri adulti e cittadini, vengono “educati/ invogliati” a praticarla. Nelle scuole primarie italiane, in larghissima parte, le classi sono organizzate con il cosiddetto tempo pieno che si traduce nel trascorrere a scuola 40 ore alla settimana, perlopiù seduti al banco, con due intervalli di 15’ al giorno, con la soppressione in buona parte degli istituti delle due ore di cosiddetta educazione fisica.

I bambini arrivano alla scuola primaria dopo il periodo trascorso nella scuola dell’infanzia, periodo in cui normalmente non vengono a mancare le possibilità di espressione corporea. Questo cambiamento, che già di per sé possiamo considerare traumatico, produrrà un avviamento ed una “educazione” a questo nuovo e negativo stile di vita, quello sedentario, ancora in un’età molto critica per lo sviluppo psico-fisico degli individui e per la durata molto considerevole e decisiva di 5 anni. Considerato che l’istituzione scolastica italiana è di impostazione pubblica e universalistica, questa situazione è uguale per tutti e per tutti ugualmente preoccupante per la salute, indipendentemente dall’attività motoria che il bambino esercita eventualmente al di fuori del tempo scuola e che può essere invece diversa caso per caso. La scuola primaria, quindi, paradossalmente, educa alla sedentarietà, propone e riproduce un modello negativo per la salute.

Alla luce di questa, che ci sembra essere un’evidenza non discutibile, esiste il rischio di essere poco coerenti quando nelle cosiddette “scuole che promuovono salute” ci si preoccupa dei danni correlati all’uso intenso e prolungato che i ragazzi fanno dei nuovi strumenti tecnologici, i quali riducono ulteriormente gli spazi dedicati al gioco esercitato fisicamente e all’attività motoria nel tempo extrascolastico, quando sarebbe necessario che, proprio l’Istituzione scolastica per essere coerente e quindi credibile dal punto di vista educativo, ripensasse al proprio ruolo fondamentale, creando nel proprio contesto le condizioni favorevoli per lo svolgimento dell’attività motoria strutturata o informale, quindi promuovendo buone e adeguate abitudini che potranno essere mantenute nell’età adulta (vedi La Carta di Toronto per l’attività fisica: una chiamata globale all’azione - ISPAH, 2010) e offrendosi alle famiglie come riferimento ed esempio educativo.

Il progetto “**Un Miglio al giorno intorno alla scuola”** intende proporre uno **strumento concreto** **che** consenta **ai ragazzi di ridurre**, piacevolmente, l’ininterrotto **periodo di sedentarietà** **e agli insegnanti di arricchire qualitativamente gli spazi dedicati alla didattica**.

**Come è nata l’idea progettuale**

Allo scopo di sviluppare e mantenere una **relazione attiva con le scuole** del nostro territorio, con funzione strategica di condivisione e di programmazione, nell’ASL TO 4 abbiamo ideato da vari anni uno **spazio di confronto e di co/progettazione**, il “**Laboratorio Scuole che Promuovono Salute”**, seminario periodico in cui nascono proposte, si condividono percorsi, si individuano strumenti per lavorare in rete tra Istituti scolastici e tra questi e gli altri soggetti della comunità. Sono invitati a partecipare docenti e dirigenti scolastici.

Nel corso di una sessione del “Laboratorio” appositamente dedicata, abbiamo chiesto alla **scuola primaria di Fiano** (scuola polo della rete SHE locale) di condividere con i partecipanti la loro **esperienza di adattamento e reinterpretazione del progetto scozzese “Daily Mile”** che avevano sviluppato nell’anno scolastico 2016/17.

Si tratta di una pratica che, nata da un’idea di una scuola scozzese, si sta rapidamente diffondendo oltre al Regno Unito, in molti paesi europei ed extraeuropei (Olanda, Belgio, Francia, Spagna, ecc. e negli USA). Anche in Italia sono attive alcune esperienze di attivazione del “Daily Mile”.

È un’iniziativa che incoraggia bambini e ragazzi a camminare/correre all’aperto per 15 minuti al giorno durante l’orario scolastico: è semplice, gratuita ed efficace, in quanto migliora la forma fisica, la concentrazione, la salute sociale, emotiva e mentale ed il benessere generale dei bambini e degli insegnanti.

La presentazione dell’esperienza realizzata dalle insegnanti di Fiano ha suscitato molto interesse tra i dirigenti scolastici e i docenti presenti, soprattutto per le possibili implicazioni e interpretazioni del percorso orientabili al curricolo e alla didattica. L’interesse prodotto ci ha stimolato a ragionare intorno ad una **proposta di sperimentazione** che, partendo dall’esperienza di Fiano, producesse un modulo offerto a tutti gli Istituti Comprensivi del nostro territorio, proposta accolta immediatamente con molto favore da docenti e dirigenti scolastici.  Il gruppo di lavoro dell’ASL (costituito dalla SSD Promozione della Salute, dalla SS Medicina dello Sport e dalla SS Sorveglianze e Prevenzione Nutrizionale), tenuto conto dei dati delle sorveglianze e della carenza di proposte mirate per la scuola in tema di attività fisica e stili di vita attivi, è stato stimolato dall’opportunità di realizzare un progetto allargato a tutti gli istituti del territorio, producendo una proposta denominata “**Un miglio al giorno intorno alla scuola”**, inserita nel Catalogo ([www.aslto4.piemonte.it/catalogo.asp](http://www.aslto4.piemonte.it/catalogo.asp)) dei progetti di promozione della salute che l’ASL TO4 tutti gli anni propone alle scuole di ogni ordine e grado.

**Il “patto di progetto”**

Durante i lavori del “Laboratorio Scuole che Promuovono Salute”, e anche successivamente nei momenti di formazione congiunta, abbiamo concordato una sorta di “**patto di progetto**” che definisse il ruolo dei protagonisti.

Si è quindi concordato che l’ASL, con la conduzione della struttura di Promozione della Salute, strutturasse **un percorso replicabile su tutto il territorio con la collaborazione dell’I.C. di Fiano e basato sulla loro esperienza**: in sostanza una cornice progettuale in cui si prevedeva che le classi delle scuole coinvolte (infanzia, primarie e secondaria di 1° grado)  praticassero almeno tre volte alla settimana un’interruzione delle attività sedentarie in aula per proseguire la didattica con una camminata di almeno 20’ su un percorso esterno alla scuola, un metodo semplice, piacevole e accessibile.

Questo contenitore progettuale, questa “scatola” come l’abbiamo definita con le scuole, ha offerto ai docenti un predefinito spazio di incidenza sulla didattica, alternativo al lavoro d’aula, da utilizzare in modo professionalmente creativo e coerente con le varie materie del curricolo. La **compartecipazione dei due soggetti ASL e Scuole nella creazione del percorso**, e dei suoi contenuti, è basata sulla convergenza degli obiettivi tra chi come l’ASL, ha la leadership e di conseguenza la responsabilità della salute e del benessere e chi come la Scuola, rappresenta la leadership e la responsabilità dell’educazione.

La concreta, fattiva compartecipazione, determina anche la condivisione dei vantaggi conseguiti. In coerenza con questo principio, a processo in atto, sono state stimolate e supportate dal gruppo di progetto ed **avviate localmente numerose nuove e produttive alleanze con altri portatori di interesse** con i quali si sono condivisi vantaggi e risultati che hanno determinato il buon esito dell’iniziativa (amministrazioni comunali in primis, associazioni varie, leader dei gruppi di cammino, genitori, nonni, ecc.).

**MODELLI TEORICI**

I modelli teorici utilizzati per lo sviluppo delle attività sono:

* il modello Precede-Proceed (Green e Kreuter 1991)
* il modello transteoretico degli “Stadi del Cambiamento” (Di Clemente e Prochaska 1982)
* il modello della “Ricerca-Azione” (Lewin) (analizzare una *pratica* relativa ad un campo di esperienza (ad esempio, la *pratica educativa*) da parte di un attore sociale con lo scopo di introdurre, nella *pratica* stessa, dei cambiamenti migliorativi.

Sono i modelli che da qualche tempo vengono utilizzati nella programmazione degli interventi di promozione della salute dagli operatori dell’ASL TO 4 e che ci sembrano essere i più adatti a fornire strumenti di analisi, di sintesi e di valutazione quando il livello della complessità diventa più elevato.

Nello specifico, Precede-Proceed ci sembra particolarmente adatto quando per arrivare al risultato auspicato concorre l’integrazione di soggetti, settori e competenze diversi (modello ecologico), mentre il modello transteoretico degli “Stadi del Cambiamento”, aggiunge elementi utili agli aspetti relativi alle motivazioni dei soggetti coinvolti e delle loro comunità.

**Analisi dei determinanti, diagnosi educativa, diagnosi organizzativa**

Sulla scorta di un’esperienza trentennale nell’ambito dell’educazione alla salute e della promozione della salute realizzata nel setting scuola, riteniamo necessario proporre una riflessione come premessa di questo capitolo. Il sistema scolastico italiano, come già detto, è basato sulla scuola pubblica, con un approccio universalistico e l’istituzione della cosiddetta “autonomia scolastica”. In questo contesto riteniamo che il fattore determinante di gran lunga più decisivo, dal punto di vista della qualità dei risultati di un intervento e da quello della sua diffusione e riproducibilità in altri territori, sia rappresentato dall’**adesione** **al progetto da parte del corpo insegnante e dei dirigenti scolastici**, adesione intesa come **esercizio reale di protagonismo nella sua realizzazione** e non come mera esecuzione di un adempimento. Questo fattore nel particolare contesto della scuola precede di gran lunga determinanti sociali altrove indiscutibilmente importanti quali ad esempio il reddito o la scolarità delle famiglie dei destinatari finali. Abbiamo assistito, nel corso di questi anni, alla diffusione di eccellenti progetti, “Buone Pratiche”, destinate alla “somministrazione” al mondo della scuola, dotate di tutti i requisiti e di tutti gli ingredienti per la loro riuscita, a cominciare dalle prove di efficacia, che poi, nella realtà, hanno avuto come punto debole una diffusione piuttosto limitata. Sembrerebbe che, nonostante siano passati oltre trent’anni dall’adozione della carta di Ottawa, la Sanità Pubblica continui a fare gli stessi errori legati ad un atteggiamento che possiamo definire paternalistico ed autoreferenziale, che si sostanzia nel convincimento che sia sufficiente avere la prova dell’efficacia di un certo strumento perché questo venga sistematicamente adottato dai destinatari. Oltretutto, tale “pensiero magico” non tiene conto che l’“adesione partecipata” degli insegnanti, rappresenta l’elemento fondamentale non solo per il successo di un progetto, ma anche per l’aumento o la riduzione delle disuguaglianze su base territoriale, elemento che andrebbe sempre considerato nelle azioni di promozione della salute.

Nelle comunità scolastiche dove gli insegnanti diventano i protagonisti delle iniziative i risultati arrivano a coinvolgere ragazzi e famiglie e dobbiamo esserne consapevoli anche quando ragioniamo in termini di riduzione o ampliamento delle disuguaglianze.

La questione è quindi proprio quella di costruire concretamente e non solo formalmente, un progetto che consenta, anzi che predefinisca, “**uno spazio di intervento”** destinato ad essere **utilizzato dal docente** utilizzando la propria creatività e professionalità, non riducendo il proprio ruolo a quello di un mero esecutore di un protocollo, come il somministratore di un farmaco efficace.

Partendo da questo presupposto riteniamo che **il determinante più importante di questo progetto**, essenziale anche per i criteri legati alla sua trasferibilità, consista come già detto, nella scelta deliberata di **realizzare una convergenza tra gli obiettivi che sono propri del nostro settore (salute, stili di vita salutari) con gli obiettivi che invece sono propri della Scuola (creazione di spazi alternativi per la didattica con modalità trasversali, migliore gestione del gruppo classe, ecc.)**.

Ciò che ci sembra necessario è **promuovere e ottenere un cambiamento su tutti i livelli e con tutti i soggetti coinvolti**, partendo dalla realizzazione di un’esperienza gratificante per tutti e valorizzante le diverse competenze.

Come già detto viene utilizzato allo scopo di gestire l’analisi dei determinanti il modello Precede-Proceed (Green LW, Kreuter MW, 1991).

Partiamo dal presupposto (**elemento predisponente**) che **il movimento**, il cammino, la corsa rappresentano un fattore spontaneo per i ragazzi altamente gratificante rispetto alla sedentarietà forzata del banco; questo elemento può valere anche per gli adulti (ma non per tutti). Inoltre l’uscita a piedi offre al docente uno spazio di interpretazione pedagogica e di gestione dell’inclusione che lo rende protagonista dell’azione.

Dal punto di vista organizzativo gli elementi di forza sono quelli **abilitanti**, costruire le opportunità per il cambiamento: **convergenza degli obiettivi**, **condivisione del percorso** per mezzo di corso di formazione co-partecipato, tutoraggio/tenuta di **rete** delle attività, **consenso attivo** dei Dirigenti scolastici.

La partecipazione delle amministrazioni comunali e di altri soggetti del territorio nell’individuazione e gestione dei percorsi costituisce un elemento che consente lo sviluppo delle attività in sicurezza rimuovendo alcuni degli ostacoli possibili, ma costituisce anche un elemento di **sostegno** e di **collegamento con la comunità** cui la scuola appartiene utile allo sviluppo di altre iniziative in un senso di coerenza con le politiche della salute del territorio.

Gli elementi **rinforzanti**: soprattutto le **attività socio relazionali** sviluppate dai ragazzi tra di loro nel corso delle uscite, nel rapporto con gli insegnanti e anche con i genitori; ma anche il **senso di appartenenza** costruito sulla base della rete SHE e sulla **condivisione di opportunità e criticità**, la **costruzione di significati comuni e condivisi** con gli altri partecipanti al progetto.

**Dal “flusso di senso” prodotto da queste esperienze deriva un entusiasmo che rappresenta il principale elemento rinforzante**.

**RISORSE**

Il progetto **non prevede risorse finanziarie aggiuntive**, è **offerto a tutti gli Istituti scolastici target a titolo gratuito**. **Le risorse sono rappresentate dalle ore lavorative** degli Operatori dell’ASL TO 4 addetti al progetto (strutture di Promozione della Salute, Medicina dello Sport, Prevenzione Nutrizionale), dei Dirigenti e dei Docenti degli Istituti partecipanti, e dalle varie opportunità di collaborazione raccolte sulla base delle realtà locali come le amministrazioni comunali, le associazioni di volontariato, la rete dei conduttori volontari di gruppi di cammino organizzata e sostenuta dall’ASL TO 4.

**Grazie alle collaborazioni realizzate con i soggetti del proprio contesto comunitario il soggetto “Scuola” aumenta le proprie risorse in termini di capitale sociale**.

**OBIETTIVI**

**Obiettivo generale:** contrastare la sedentarietà e promuovere il benessere a scuola.

**Obiettivi specifici:**

1 - acquisire conoscenze e competenze per realizzare il progetto e per uno stile di vita attivo e salutare. Gli insegnanti, attraverso un corso di formazione, acquisiranno conoscenze e competenze per realizzare il progetto

2 - aumentare le opportunità di svolgere movimento all’aria aperta come parte integrante della giornata a scuola acquisendo l’importanza di uno stile di vita attivo e salutare.

I bambini/ragazzi, con una camminata di circa un miglio (o di 20’), ripetuta almeno tre volte alla settimana, ridurranno di almeno 90’ settimanali la loro sedentarietà (non meno di 35/40 ore settimanali solo a scuola, per tutti uguale)

3 - migliorare le relazioni interpersonali. Il gruppo classe, partecipando al progetto, migliorerà le relazioni interpersonali (clima di classe) e attiverà dinamiche di inclusione, in base alle proprie capacità e risorse

4 - favorire lo sviluppo di attività educative e didattiche outdoor. Gli insegnanti, in concomitanza con le uscite previste di un miglio, attiveranno lezioni teoriche e pratiche, secondo i principi della didattica outdoor e dello sviluppo delle competenze chiave di cittadinanza europee

5 - attivare/consolidare collaborazioni/alleanze con la comunità. L’Istituto Scolastico sarà in grado di costruire e rafforzare le alleanze con gli stakeholder del territorio (comuni, associazioni e gruppi sportivi) allo scopo di favorire le opportunità di attività fisica dei bambini/ragazzi sul territorio.

Nella piena applicazione dei principi della “Ricerca Azione”, gli obiettivi specifici del progetto hanno subito nel corso dei tre anni scolastici sostanziali cambiamenti evolutivi: abbiamo preso atto che alcuni strumenti che pensavamo potessero essere funzionali al processo non lo erano e li abbiamo abbandonati; ad esempio la misurazione del BMI di alcune classi, che ci era stata sollecitata da alcuni docenti, come prevedevamo, non ha fornito indicazioni significative, confermando il fatto che l’attività dei ragazzi non potesse avere un’immediata incidenza sulle loro condizioni di obesità o di sovrappeso.

Per contro, abbiamo avuto numerose segnalazioni di effetti positivi delle attività sulle relazioni interpersonali (grazie alla scheda di monitoraggio e al questionario di autovalutazione compilati dagli insegnanti) e, quindi, nelle prossime edizioni, dovremo verificare la possibilità di misurarne più specificatamente gli impatti. A questo proposito gli elementi più interessanti si sono rilevati il miglioramento del cosiddetto “clima relazionale” della classe, che si tenterà appunto di misurare con appositi strumenti, e quello dell’inclusione scolastica, intesa come, usando il lessico della scuola, la partecipazione alla vita della classe degli alunni con disabilità o ritardi.

A questo proposito sono stati numerosi gli insegnanti che hanno condiviso con noi e con il resto della comunità del “Miglio” l’esperienza positiva di miglioramenti dell’inclusione nelle loro classi. Dato questo che risulta essere un chiaro obiettivo delle istituzioni scolastiche (Decreto Inclusione, PTOF) e degli insegnanti.

Nelle prossime edizioni del progetto proporremo ad un sottogruppo di scuole di sperimentare la misurazione di questo effetto del progetto e di condividerne successivamente i risultati nel corso dell’incontro conclusivo (vi sono strumenti per la misurazione dell’inclusione che sono specificamente previsti dalle indicazioni ministeriali, quindi pensiamo che saranno gli insegnanti stessi che si potranno occupare di questo aspetto).

**DESTINATARI**

**intermedi (fase della progettazione e della formazione)**: dirigenti ed insegnanti delle scuole dell’infanzia, primaria e secondaria di primo grado

**finali (fase applicativa)**: studenti e insegnanti della scuola dell’infanzia primaria e secondaria di primo grado, genitori.

**DESCRIZIONE DEL PERCORSO**

“**Un miglio al giorno” ha avuto inizio come sperimentazione in una scuola primaria, ma riteniamo possa essere adottato, con le opportune declinazioni, nelle scuole di ogni ordine e grado**; negli Istituti che lo stanno attuando, tutti i giorni, durante l’orario scolastico, le classi a rotazione, accompagnate dagli insegnanti, escono dall’edificio scolastico per coprire la distanza di un miglio (circa 1600 metri) a passo svelto.

In caso di maltempo, tale da impedire l’uscita, un’attività di movimento viene comunque svolta in palestra, o dove possibile, in luogo riparato. Il tempo per svolgere questo compito quotidiano, vista l’andatura da tenere (circa 5 – 5.5 km/ora) è calcolato intorno ai 15-20 minuti, sicuramente non incidente sull’intera giornata passata a scuola dagli studenti e dedicata alla didattica, ma favorente un maggior benessere e concentrazione.

Le esperienze anglosassoni (già sviluppate su un intero ciclo di studi) hanno dimostrato che i benefici sugli studenti sono innegabili: camminare/correre un miglio al giorno migliora l'apprendimento scolastico, allontanando l'ansia, la noia, la demotivazione.

E’ necessario sottolineare la rilevanza che assume la continuità dell’attività (ad es. nell’arco del ciclo della scuola primaria). L’attività non necessita di attrezzature, solo di un abbigliamento comodo per passeggiare; permette però di allenare il fisico e ossigenare la mente, contrastando i rischi correlati alla sedentarietà, e offrendo ad insegnanti e ragazzi uno spazio completamente nuovo, la realtà intorno alla scuola, in cui inserire elementi della didattica con riscontri sorprendentemente positivi.

**La formazione degli insegnanti**

Le scuole che hanno aderito all’iniziativa sono state accompagnate su un percorso di ricerca/azione avente per obiettivo la realizzazione del progetto sostenute da una specifica attività formativa (accreditata sulla piattaforma S.O.F.I.A. del MIUR) e con il tutoraggio dell’ASL TO 4.

Tale attività formativa si è articolata, nell’anno scolastico **2017/18**, con le seguenti modalità per un totale di 26 h complessive di attività formative:

* una giornata residenziale di 7 ore,
* un laboratorio di monitoraggio di 3 ore,
* un laboratorio valutazione di 3 ore,
* attività di ricerca, monitoraggio, valutazione e documentazione 13 h.

***La prima giornata di formazione*** (Locandina, Allegato 4), svoltasi a **settembre 2017** prima dell’avvio della scuola, aveva come obiettivo abilitare gli insegnanti (almeno due/tre per Istituto coinvolto) a realizzare il progetto nei propri contesti.

Sono stati offerti agli insegnanti anche strumenti per lavorare sul miglioramento dello stile di vita in tema di alimentazione, perché ad un’auspicabile attività di movimento quotidiana occorre abbinare fin dall’infanzia un’alimentazione salutare.

È stato anche consegnato un cronoprogramma con i tempi della realizzazione del percorso nell’anno scolastico (Allegato 5).

***A febbraio 2018 è stato previsto un laboratorio di monitoraggio*** (Locandina, Allegato 6) per un confronto tra le scuole partecipanti sullo stato dell‘arte delle attività intraprese, sulle criticità e sulle opportunità riscontrate.

È stato chiesto alle scuole di produrre un breve report (su schema fornito, Allegato 7) da predisporre per ciascun plesso scolastico partecipante.

***A giugno 2018 è stato previsto un laboratorio finale di valutazione*** (Locandina, Allegato 8) per sviluppare e condividere il percorso dell’intero anno scolastico e documentare le attività del primo anno del progetto.

Si è prevista la selezione di classi per effettuare ***misurazioni di peso e statura*** dei ragazzi ad inizio e fine anno scolastico; i criteri per la scelta delle classi sono:

- numero di uscite settimanali da tre a cinque,

- continuità del progetto per almeno tre anni (classi 1°, 2° e 3° della scuola primaria e classi prime della scuola secondaria di I° grado).

I genitori dei bambini partecipanti forniscono il consenso per le misurazioni, tramite apposito modulo (Allegato 9).

I bambini del “Miglio” delle classi selezionate, così individuate, sono misurati (rilevazione di peso e altezza) con modalità e strumenti uguali a quelli utilizzati per le rilevazioni di OKkio alla salute e HBSC.

Viene calcolato l’indice di massa corporea o BMI, che si ottiene dividendo il peso espresso in Kg per l’altezza espressa in metri elevata al quadrato (BMI = peso/altezza2).

Il BMI dei bambini viene rapportato a quello delle persone > =18 anni mediante delle tabelle in cui viene indicato il sesso del bambino e l’età espressa in mesi.

Agli insegnanti è richiesta la ***registrazione quotidiana delle uscite*** (per verifiche percentuali numero uscite/numero giorni anno scolastico), su apposito modulo (Allegato 11). Si richiede di avviare il progetto all‘interno dei propri plessi scolastici entro il mese di ottobre. Le adesioni delle scuole interessate a partecipare al progetto vanno formalizzate dal Dirigente Scolastico utilizzando il modulo presente nel catalogo delle azioni di promozione della salute dell’ASL TO 4.

**Le collaborazioni da attivare**

Sono essenziali per la buona riuscita del progetto, e per il taglio “di progetto di comunità” che si vuole imprimere

* *Altri colleghi insegnanti*

Su ciascuna classe dovranno essere impegnati almeno due insegnanti per garantire le uscite quotidiane; il coinvolgimento del maggior numero di colleghi permetterà un lavoro interdisciplinare, offrendo alla didattica uno spazio completamente nuovo.

* *Comune*

Dovrà sempre essere coinvolto per la scelta dei percorsi e la relativa messa in sicurezza e consentire la sostenibilità e la continuità delle attività.

* *Associazioni di volontariato*

Possono essere coinvolte negli accompagnamenti per le uscite, nell‘organizzazione di eventi. Nei casi in cui venga a mancare la presenza di un numero congruo di insegnanti viene sollecitata la partecipazione della rete dei Walking Leader (conduttori volontari di gruppi di cammino) formata e coordinata dalla struttura di “Promozione della Salute” dell’ASL TO 4.

**L’individuazione dei percorsi**

Si devono stabilire almeno due itinerari nei pressi della scuola della lunghezza definita, con caratteristiche di sicurezza e percorribilità in tutte le stagioni.

Nell’individuazione dei percorsi vanno coinvolti l'amministrazione comunale e i portatori di interesse locali.

**Il coinvolgimento delle famiglie**

Ad avvio dell’anno scolastico deve essere previsto, a cura degli insegnanti aderenti, un momento specifico di illustrazione del progetto nel contesto della presentazione delle attività didattiche. Il coinvolgimento delle famiglie deve essere attivato nel corso di tutto l’anno scolastico chiedendo la loro collaborazione, ad esempio, nella scelta delle merende da dare ai figli, con eventi aperti volti a informare circa l’andamento del progetto.

Nelle classi soggette a misurazioni i genitori dovranno firmare un modulo di consenso.

**Le evoluzioni del modulo**

Nel successivo A/S **2018/19**, sono stati mantenuti gli elementi relativi alla formazione degli insegnanti con la realizzazione di un corso di formazione nel mese di settembre 2018, ma considerati i tempi e gli impegni delle classi si è deciso di sintetizzare in un unico incontro, a maggio 2019 il monitoraggio e la conclusione delle attività.

Si è proseguito nella misurazione del BMI con le classi campione, ma con l’effettuazione di una sola misurazione all’anno dei ragazzi.

Nell’anno scolastico **2019/20**, dato il numero elevato di docenti partecipanti al progetto, la formazione di avvio è stata destinata ai soli insegnanti alla loro prima partecipazione.

Il blocco delle attività in presenza delle scuole causato dall’emergenza Covid ha ovviamente interrotto anche il progetto. La misurazione degli alunni è stata sospesa nell’anno scolastico 2019/20, poiché troppo onerosa per gli operatori e poco significativa ai fini della valutazione.

“Un miglio al giorno intorno alla scuola” è stato **inserito nel** **progetto** “**MUOVINSIEME**: **Scuola ed enti territoriali per la promozione di uno stile di vita sano e attivo**”, all’interno del **Programma CCM** **2019**, in quanto esempio di Buona Pratica rispetto alla promozione dell’attività fisica e al contrasto della sedentarietà a scuola e al coinvolgimento, nelle diverse fasi del progetto, di tutti i portatori d’interesse, della comunità.

Il coinvolgimento dei referenti della promozione della salute dell’ASL TO4, delle scuole pioniere e degli amministratori locali, nella prima fase di sperimentazione, ha lo scopo di valutare la trasferibilità del progetto in quattro regioni italiane (Puglia, Friuli Venezia Giulia, Lazio e in Piemonte nel territorio dell’ASL Cuneo 2) e rendere fruibili, le azioni di implementazioni efficaci, a tutto il territorio nazionale.

**PIANO DI VALUTAZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Determinanti insegnanti** | **Obiettivi** |
| PREDISPONENTE: conoscenze e competenze specifiche per sviluppare e valorizzare  uno stile di vita attivo a scuola | - acquisire conoscenze e competenze per realizzare il progetto e per uno stile di vita attivo e salutare. Gli insegnanti, attraverso un corso di formazione, acquisiranno conoscenze e competenze per realizzare il progetto  - favorire lo sviluppo di attività educative e didattiche outdoor. Gli insegnanti, in concomitanza con le uscite previste di un miglio, attiveranno lezioni teoriche e pratiche, secondo i principi della didattica outdoor e dello sviluppo delle competenze chiave di cittadinanza europee |
| ABILITANTE: presenza di spazi pubblici adeguati per attivare la classe in attività di movimento e in attività didattiche esterne alla scuola; partnership con enti e altre realtà territoriali | attivare/consolidare collaborazioni/alleanze con la comunità. L’Istituto Scolastico sarà in grado di costruire e rafforzare le alleanze con gli stakeholder del territorio (comuni, associazioni e gruppi sportivi) allo scopo di favorire le opportunità di attività fisica dei bambini/ragazzi. |
| RINFORZANTE: condivisione della cultura della promozione della salute a scuola tra gli insegnanti | acquisire conoscenze e competenze per realizzare il progetto e per uno stile di vita attivo e salutare. Gli insegnanti, attraverso un corso di formazione, acquisiranno conoscenze e competenze per realizzare il progetto |
| **Determinanti bambini** | **Obiettivi** |
| PREDISPONENTE: conoscenze e opportunità per sviluppare uno di stile di vita attivo | aumentare le opportunità di svolgere movimento all’aria aperta come parte integrante della giornata a scuola acquisendo l’importanza di uno stile di vita attivo e salutare. I bambini/ragazzi, con una camminata di circa un miglio (o di 20’), ripetuta almeno tre volte alla settimana, ridurranno di almeno 90’ settimanali la loro sedentarietà (non meno di 35/40 ore settimanali solo a scuola, per tutti uguale) |
| ABILITANTE: numero di ore scolastiche trascorse in attività di movimento e organizzazione del tempo scuola | aumentare le opportunità di svolgere movimento all’aria aperta come parte integrante della giornata a scuola acquisendo l’importanza di uno stile di vita attivo e salutare. I bambini/ragazzi, con una camminata di circa un miglio (o di 20’), ripetuta almeno tre volte alla settimana, ridurranno di almeno 90’ settimanali la loro sedentarietà (non meno di 35/40 ore settimanali solo a scuola, per tutti uguale) |
| RINFORZANTE: senso di appartenenza alla classe da parte degli alunni | migliorare le relazioni interpersonali. Il gruppo classe, partecipando al progetto, migliorerà le relazioni interpersonali (clima di classe) e attiverà dinamiche di inclusione, in base alle proprie capacità e risorse |

**Valutazione di processo**

* n° corsi di formazione/laboratori effettuati per gli insegnanti
* n° Istituti comprensivi e scuole partecipanti al progetto
* n° alunni e insegnanti partecipanti al progetto
* registrazione delle uscite per ogni classe (per verifiche percentuali numero uscite/ numero giorni anno scolastico)
* realizzazione di attività educative e/o didattiche outdoor
* collaborazioni attivate con gli attori del territorio.

**Valutazione di risultato e impatto**

* n° di uscite effettuate dalle classi durante l’anno scolastico, standard almeno 3 uscite settimanali
* materiali prodotti (didattici, fotografie, video, lavori con la classe, ...) per le attività educative e/o didattiche outdoor
* miglioramento del benessere relazionale, clima di classe
* miglioramento dell’inclusione degli alunni con problematiche (disabilità, disturbi del comportamento, …)
* n° accordi di partnership con i soggetti del territorio favorenti lo sviluppo del progetto (tra enti scolastici e istituzioni/associazioni locali)
* misurazione di peso e statura degli studenti ad inizio e fine anno scolastico su classi selezionate ad opera di personale ASL (indicatore abbandonato a partire dall’anno scolastico 2019/20)
* miglioramento dello stile di vita in tema di alimentazione: solo per quelle classi in cui l’insegnante ha scelto di lavorare sul tema (facoltativo).

**Strumenti**

* registro rilevazioni uscite
* scheda di monitoraggio
* questionario insegnanti di autovalutazione finale
* documentazione prodotta nel corso dell’anno dalle classi (fotografie, disegni, cartelloni, altro materiale didattico, …)

**Attività di comunicazione**

Il progetto, con i suoi strumenti e materiali, è presente nella banca dati Pro.Sa. (<https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=4946>) e sul catalogo delle attività di Promozione della Salute sul sito dell’ASL TO4 ([www.aslto4.piemonte.it/catalogo.asp](http://www.aslto4.piemonte.it/catalogo.asp)), catalogo inoltrato annualmente a tutti i Dirigenti scolastici, docenti referenti per la salute, sindaci e varie altre rappresentanze della comunità. Si è scelto questo strumento perché viene inviato a tutti gli stakeholder.

Per la sua comunicazione è stato inoltre prodotto un depliant illustrativo in forma di pieghevole utilizzato normalmente nei momenti e nei luoghi di incontro con i possibili destinatari. Il depliant è stato scelto per la sua forma snella e riassuntiva e per la possibilità di descrivere il progetto anche in assenza degli operatori referenti. Il progetto è presentato nel corso delle varie attività formative in tema di Promozione della Salute a favore di operatori sanitari o di altri soggetti (ad es. corso di formazione per Walking Leader).

**Principali risultati e considerazioni emerse**

Se la Scuola Primaria è il “contenitore” dove i ragazzi trascorrono gran parte del loro tempo, allora essa deve necessariamente rivedere il proprio ruolo educativo ponendo anche lo sviluppo psicofisico dei ragazzi, per troppo tempo sottovalutato, al centro della propria azione pedagogica. Questo progetto, nell’interpretazione che gli insegnanti stessi ne hanno dato, intuendone le potenzialità, rappresenta un’opportunità per introdurre e mantenere un piccolo, significativo e concreto cambiamento. Riconosce come **punto di forza il patto di progetto stabilito tra ASL e Scuole** **volto a costruire un percorso di convergenza delle rispettive missioni istituzionali e competenze in tema di salute e di didattica** e la conseguente, non scontata, ma essenziale, adesione partecipata dei docenti; questo felice meccanismo di convergenza è stato in grado di produrre buoni risultati che abbiamo potuto misurare e altri impatti, meno misurabili, ma che riteniamo siano stati decisivi per la diffusione e il mantenimento dell’iniziativa quali, ad esempio, l'entusiasmo e il senso di appartenenza che il progetto ha suscitato in tutti i protagonisti.

A conferma di questa analisi abbiamo potuto constatare come, ad esempio, nei limitati casi in cui l’iniziativa sia stata vissuta come mero adempimento dai docenti, perché assegnata dal Dirigente Scolastico, i risultati in termini sia quantitativi, sia soprattutto qualitativi sono stati inferiori alla media degli altri Istituti. In fondo che cosa è concretamente la partecipazione in un progetto? Esserci, non essere. **La base della proposta è l’esercizio del gesto più semplice ed universale che conosciamo**: **percorrere, praticare e comprendere un territorio per mezzo del cammino, e utilizzare questo momento esterno alla scuola come opportunità per una didattica stimolata dall’ambiente stesso**. Questa semplicità lo rende **flessibile** alle necessità degli insegnanti e **adattabile come strumento didattico** ad almeno tre ordini di scuole, consentendo così agli Istituti comprensivi di fare della continuità un potente strumento di incidenza negli stili di vita e del benessere dei ragazzi (abbiamo registrato come, in alcuni Istituti Comprensivi, la scuola dell’infanzia, strutturalmente meno vincolata agli obiettivi del curricolo abbia avuto un ruolo di spinta propulsiva, di “motorino d’avviamento” rispetto alla partecipazione degli altri ordini scolastici). Ci sembra che, al di là degli obiettivi educativi e di salute, **un ulteriore punto di forza sia stato la realizzazione di fattive collaborazioni con le istituzioni**, **le associazioni e vari soggetti locali**; gli Istituti Scolastici hanno visto aumentare le proprie risorse e potenzialità in termini di capitale sociale, queste relazioni spesso si sono rivelate fondamentali per lo sviluppo delle proprie policy non solo limitatamente alla realizzazione del “Miglio”. Annotiamo, tra gli **elementi critici**, che la compiuta realizzazione del progetto può essere condizionata dalla capacità delle Scuole di rimuovere alcuni ostacoli, quali ad esempio la disponibilità degli insegnanti in numero adeguato a quello richiesto per la conduzione alla camminata dei ragazzi (compresenza di due insegnanti per gruppo), l’individuazione di percorsi sicuri ed anche significativi per la didattica, qualche episodio sporadico di resistenza da parte di alcuni genitori. Per ciò che attiene la disponibilità degli insegnanti, in molte situazioni si è rimediato con il supporto di genitori collaborativi o di volontari di associazioni locali e conduttori dei gruppi di cammino; per i percorsi, **decisivo il supporto delle amministrazioni comunali**. Nella Scuola Secondaria di Primo Grado il progetto ha trovato maggiori difficoltà nel diffondersi soprattutto perché, come può essere intuibile, la sua realizzazione è vincolata dalle oggettive difficoltà di coordinamento fra i docenti della stessa classe e dall’organizzazione dell’orario settimanale che possa tener conto del complesso equilibrio tra le materie che si alternano tra loro; tali difficoltà si possono superare solo con la collaborazione e l’adesione di tutto il collegio docenti.

Il fatto che la diffusione del progetto registri una flessione nel passaggio tra scuole primarie a secondarie rappresenta una criticità che ci è stata segnalata dagli stessi insegnanti delle primarie, come un elemento di discontinuità e un problema di coerenza per i ragazzi che, con il loro percorso scolastico hanno fatto per più anni l’esperienza del “Miglio”, arrivati in prima media non hanno potuto proseguirla: il ritorno ad una didattica senza uscite e senza alternative al banco e alle mura scolastiche è stato vissuto in modo problematico.

Consideriamo costruttiva l’esperienza fino a qui maturata con il “Miglio”, soprattutto per i positivi riscontri che i docenti stessi ci hanno fornito, e continueremo a proporla per i prossimi anni scolastici proprio perché ci viene richiesto esplicitamente dalle scuole e dagli altri interlocutori di continuare ad esercitare il nostro ruolo di coordinamento, accompagnamento e gestione della rete. Riteniamo fondamentale, per affrontare il tema dell’educazione verso stili di vita attivi e il benessere, che proprio la Scuola Primaria debba responsabilmente e coerentemente intervenire direttamente utilizzando l’ampio spazio di incidenza di cui dispone con un riorientamento dei metodi didattici e crediamo che in questo processo l’Istituzione scolastica debba essere sostenuta dal concreto supporto della Sanità Pubblica e del proprio contesto comunitario.

**Bibliografia**

[https://thedailymile.co.uk](https://thedailymile.co.uk/)

Porter CM (2016), Revisiting Precede-Proceed: a leading model for ecological and ethical health promotion. HEJ, Vol 75 (6), pp. 753-764

Green LW e Kreuter MW (2005), Health program planning. An educational and ecological approach. New York: Mc Graw –Hill.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. American Journal of Health Promotion, 12, (1): 11-12.

Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action. www.globalpa.org.uk. 20 Maggio 2010

“[OKkio alla Salute. Risultati dell’indagine 2016. Regione Piemonte](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2016/Piemonte OKkio alla salute 2016.pdf)”

“Health Behaviour in School aged Children” 2014 Piemonte

Laverack G (2005), “Public Health. Power, Empowerment and Professional Practice” Palgrave Macmillan

Freire P (2014) Pedagogia dell’autonomia. Saperi necessari per la pratica educativa. EGA

Janssen I. (2007). Guidelines for physical activity in children and young people. Applied Physiology Nutrition and Metabolism, 32:S122–S135.

WHO (2011) Global Recommendations on Physical Activity for Healthhttp://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html

Janssen I, Leblanc A (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11:7-40.

Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ, Zambon A, Dalmasso P, Lazzeri G, Giacchi M, Cavallo F (2009). CAPITOLO 6 - Attività fisica e tempo libero HBSC Italia 2014 59 Socioeconomiceffectson meeting physical activity guide lines: comparisons among 32 countries. Medicine and Science in Sports and Exercise, 41:749–756.

Sonneville KR, La Pelle N, Taveras EM, Gillman MW, Prosser LA (2009). Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood o esity: results of a focus group study with parents. BMC Pediatrics, 21:9-81.

Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereechen C, Mulvihill C, Roberts C, Currie C, Pickett W (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-agedyouth from 34 countries and the irrelationships with physical activity and dietary patterns. Obesity Reviews, 6:123–132.

Hume C., Singh A., Brug J., Mechelen W., Chinapaw M.(2009). Dose-response associations between screen time and overweight among youth. International Journal of Pediatric Obesity, 4:61–4

(\*) Esperienze e strumenti per la promozione dell’attività fisica nella scuola, DoRS, A cura di Luisa Dettoni e Alessandra Suglia, Ottobre 2012

**ALLEGATI: strumenti per la valutazione**

Gli allegati qui di seguito riportati, e tutti gli altri citati nel documento, sono reperibili in Pro.Sa. (<https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=4946> )

**Allegato 11. Registro delle uscite**

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ……

**UN MIGLIO AL GIORNO**

**INTORNO ALLA SCUOLA**



IN COLLABORAZIONE CON ASL TO4

ANNO SCOLASTICO ……/……

REGISTRO DELLE USCITE

CLASSE: ……………………………………….

PLESSO: ……………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MESE DI settimana dal al** | | | | | |
| **GIORNI** | **USCITA SI/NO** | **N° STUDENTI** | **PERCORSO - TEMPO** | **INSEGNANTE/I ACCOMPAGNATORE/I** | **NOTE** |
| Lunedì |  |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| PERCORSO/TEMPO: indicare se il percorso è sempre uguale (standard) o vi sono più percorsi di diverso chilometraggio | | | | | |

(foglio Excel)

**Allegato 7. Scheda di monitoraggio**

**PROGETTO “UN MIGLIO AL GIORNO INTORNO ALLA SCUOLA”**

Scheda di monitoraggio (indicare mese e anno)

Da compilarsi una per ogni plesso scolastico, unificando le esperienze delle diverse classi.

Classi partecipanti

Elencarle tutte, specificando:

* ordine di scuola e plesso scolastico
* numero di alunni per ciascuna classe
* numero di insegnanti partecipanti alle uscite per ciascun plesso scolastico
* numero di uscite settimanali realmente effettuate da ciascuna classe

Descrizione percorso/i sperimentati da (mese e anno) a (mese e anno)

**Collaborazioni attivate** (Comune, Associazioni di volontariato, genitori, …)

**Difficoltà incontrate** (logistiche, organizzative, relazionali, …)

Inclusione alunni con problematiche/disabilità

Se sì, raccontare brevemente le esperienze in corso

Eventuali esempi di integrazione con la didattica durante le uscite

**Allegato 12. Questionario di autovalutazione**



“Un miglio al giorno intorno alla scuola”

Scuola Classe

Per valutare il progetto a cui ha partecipato, vorremmo chiederle di rispondere ad alcune domande circa i cambiamenti e le ricadute sul suo lavoro con i ragazzi. Esprima un giudizio numerico tenendo conto che:

1 corrisponde a “poco” 5 corrisponde ad “abbastanza” e 10 corrisponde a “completamente”

Poco abbastanza completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Attenzione e concentrazione dei ragazzi durante le attività didattiche in classe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Inizio anno scolastico** | **Fine anno scolastico** |
| **Classe** | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Disponibilità all’interazione con i compagni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Inizio anno scolastico** | **Fine anno scolastico** |
| **Classe** | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Interesse manifestato dai ragazzi alle uscite

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Inizio anno scolastico** | **Fine anno scolastico** |
| **Classe** | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Il progetto è stato uno strumento di inclusione?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Inizio anno scolastico** | **Fine anno scolastico** |
| **Classe** | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Collaborazione e integrazione tra docenti sui temi del progetto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Inizio anno scolastico** | **Fine anno scolastico** |
| **Classe** | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Quali competenze sono migliorate negli allievi attraverso questo progetto? Come descriverebbe queste competenze con almeno 3 parole chiave in relazione al movimento, all’interazione ed all’integrazione? …………………………………………………………………

Potrebbe definire con 3 parole chiave la sua esperienza all’interno del progetto? ……………………………………………………………