

SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE RETE SPS LOMBARDIA

DOCUMENTO DI PROGETTO



INDICE

PREMESSA	3
Il modello lombardo di promozione della salute.....	3
Il servizio socio-sanitario Lombardo	4
La descrizione delle buone pratiche in Lombardia	4
INTRODUZIONE	5
ANALISI DEL BISOGNO E DEL CONTESTO	6
Dati sulla popolazione e sullo stato di salute degli studenti lombardi	6
Dati sugli studenti lombardi	7
Dati sugli insegnanti	9
Dati sull' organizzazione scolastica.....	10
I PRESUPPOSTI DI BASE DELLA RETE SPS LOMBARDIA.....	10
L'approccio globale alla promozione della salute: evidenze di efficacia	11
Prove di efficacia e buone pratiche	14
Il Modello della Rete SPS Lombardia	16
BOX N.1 – Sintesi dei nuovi documenti disciplinanti relativi al Modello Lombardo della Rete SPS	19
Il modello SHE/SPS applicato nelle singole scuole.....	20
BOX N.2 – Il percorso cronologico della Rete SPS	22
ORGANIZZAZIONE DELLA RETE SPS LOMBARDIA.....	23
Composizione attuale della Rete SPS Lombardia	23
Organizzazione della Rete SPS Lombardia a livello regionale e locale	23
La scuola nella Rete: aderire e partecipare	27
OBIETTIVI DELLA RETE SPS LOMBARDIA, AZIONI E PRODOTTI	28
Obiettivi generali della Rete SPS.....	28
Obiettivi specifici, azioni e prodotti della Rete SPS	28
Tabella 3 – obiettivi specifici, azioni e prodotti a livello regionale	29
Tabella 4 – obiettivi specifici e azioni a livello delle singole Istituzioni scolastiche	32
BOX N.3 – Attività specifiche realizzate dai gruppi di lavoro regionali	35
VALUTAZIONE.....	35
Indicatori sullo sviluppo della Rete SPS Lombardia	36
Impatto: copertura delle scuole e della popolazione studentesca	36
Appropriatezza: diffusione di pratiche raccomandate.....	36
Sostenibilità	37
Indicatori sullo sviluppo delle azioni da parte delle singole Istituzioni scolastiche.....	38
Punti di forza, Aree di miglioramento e Priorità di intervento: il Profilo di salute.....	38
PRINCIPI E VALORI.....	40

Equità	40
Partecipazione ed <i>empowerment</i>	40
ALLEGATI	41

PREMESSA

Il modello lombardo di promozione della salute

La promozione di stili di vita salutari in Lombardia ha previsto già da oltre 10 anni, un percorso per orientare gli interventi basandoli sulle migliori evidenze di efficacia e guidandoli attraverso azioni di *governance* intersettoriali e con lo sviluppo di alleanze e partnership con il mondo della scuola, dell'impresa, dello sport ecc., in linea con l'approccio del Programma Nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

La Lombardia, con i suoi 10 103 9691 abitanti è la regione più popolosa d'Italia. Agire su un territorio così vasto e con un così alto numero di cittadini, ha richiesto l'individuazione e la messa in atto di strategie in grado di garantire la qualità degli interventi, la loro sostenibilità e la ricaduta sulla popolazione con un'attenzione specifica all'equità, conditio sine qua non perché ogni cittadino lombardo possa godere delle stesse opportunità.

I programmi regionali declinano in ogni setting un "approccio di comunità", promuovendo l'attivazione di un complesso di azioni dirette a rafforzare le capacità degli individui (empowerment individuale).

Tutte le iniziative adottano un approccio multicomponente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/determinanti di salute), per ciclo di vita (detto *life course* in quanto riguarda le comunità e quindi intercetta tutte le fasce di età), per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.) che vedono il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali (*empowerment* di comunità).

Le azioni, le risorse e le attività definite dalle politiche regionali spronano il Servizio Sanitario ad adottare un approccio intersettoriale (coinvolgimento di tutti i diversi Attori sociali) e multidisciplinare (sanitario, sociale, educativo, culturale ecc.) per raggiungere i propri obiettivi preventivi all'interno di una più ampia strategia di promozione della salute degli individui e delle comunità.

La Regione assume quindi un ruolo di *governance*, definendo gli obiettivi generali e gli esiti attesi, lasciando all'autonomia del territorio (Agenzie Tutela della Salute) la scelta delle soluzioni operative più adeguate a raggiungerli, nell'ambito della programmazione locale e dei vincoli posti dalle risorse disponibili (cd. Obiettivi dei Direttori Generali).

In questa cornice, sono attivati e promossi a livello regionale i Programmi:

- Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia
- Aziende che Promuovono Salute
- Pedibus
- Gruppi di Cammino

Nella stessa logica, sono implementati a livello regionale i programmi preventivi nel setting scolastico LifeSkills Training Lombardia e Unplugged Lombardia, e sono indicati gli indirizzi per lo sviluppo e la diffusione di interventi basati sulla metodologia della Educazione tra Pari²

DG Welfare per tramite della U.O. Prevenzione, con specifici atti programmatori, indica, per ogni programma, gli elementi *core* immutabili, la cui cura e presenza rappresentano condizioni imprescindibili per garantirne l'uniformità a livello territoriale nonché l'efficacia finale.

¹ Dato al 1.01.2020, fonte Istat (<http://dati.istat.it/>).

² Al link <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioeditoriale/setting/scuola> è consultabile il documento regionale "Approcci e strategie di Educazione tra Pari (Peer Education) nei programmi di prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e di promozione di stili di vita favorevoli alla salute. indirizzi metodologici"

Ogni ATS, annualmente, predispone il proprio Piano Integrato Locale (PIL) per la Promozione della salute con cui esplicita le proprie strategie di intervento e programma le attività, declinando a livello locale le indicazioni regionali, in base ai bisogni dei cittadini, alle caratteristiche del proprio territorio, alle risorse disponibili (interne ed esterne al Sistema).

Il PIL ricompona al suo interno le varie linee di attività realizzate localmente, permettendo una visione organica di quanto messo in campo da tutti i diversi attori coinvolti per la promozione di stili di vita salutari e per la prevenzione della cronicità.

Il servizio socio-sanitario Lombardo

Con la Lr. 23/2015 è stato ridefinito e rinforzato il ruolo di *governance* della Regione con la separazione delle attività programmatiche da quelle erogative, con l'obiettivo di unificare le attività specialistiche e territoriali all'interno di un unico soggetto. Sono state infatti abolite le ASL e le AO sostituite da due organismi con nuovi mandati: le Agenzie per la Tutela della Salute (ATS) che rappresentano il braccio territoriale della Regione e hanno una funzione di programmazione e governo del sistema e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali che invece gestiscono tutte le funzioni erogative. In tutto sono state costituite 8 ATS e 27 ASST. Le ATS hanno il compito – attraverso l'azione dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) - di assicurare, in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza e con il Piano Regionale della Prevenzione, la *governance* e l'orientamento degli interventi in campo preventivo dei diversi erogatori (ASST, Accreditati ecc.)

La descrizione delle buone pratiche in Lombardia

Il presente documento si sviluppa a due livelli. Da un lato sono descritte le caratteristiche della Rete SPS Lombardia, gli elementi organizzativi e operativi che contraddistinguono la sua azione per la promozione della salute, la composizione e la declinazione delle sue articolazioni a livello regionale e locale, i processi da implementare per garantirne la qualità e la sostenibilità.

Contemporaneamente si intende illustrare il processo seguito per disseminare un programma a livello regionale, il ruolo di *governance* centrale per garantire la realizzazione locale in tutto il territorio nel rispetto dei principali criteri stabiliti, gli strumenti di monitoraggio per accompagnare l'implementazione e per verificarne l'impatto.

INTRODUZIONE

La Scuola può rappresentare un contesto privilegiato in cui realizzare programmi di promozione della salute per il suo carattere universalistico, che permette di raggiungere tutta la popolazione della fascia d'età della scuola dell'obbligo, in un momento evolutivo della vita in cui atteggiamenti, abitudini e comportamenti sono ancora in fase di strutturazione; allo stesso tempo, indirettamente, le azioni intraprese all'interno del contesto scolastico possono coinvolgere e/o sensibilizzare non solo la popolazione studentesca, ma anche gli insegnanti, tutto il personale e le famiglie stesse.

In Lombardia, la collaborazione tra Servizi sanitari e sociosanitari e mondo della Scuola in tema di educazione alla salute, promozione di stili di vita sani e, più in generale, promozione della salute nella sua complessità, è un'esperienza consolidata da una tradizione di lavoro comune quasi trentennale, della quale sono testimonianza una serie di documenti formali, tra cui:

- Protocollo d'Intesa relativo alle attività di *Promozione della salute ed Educazione alla Salute nelle scuole* tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico per la Lombardia - 22 marzo 2006;
- Piano di Azione Regionale 2012-2013 (allegato A);
- Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola – 2017 (allegato B).

La collaborazione intersettoriale tra Scuola e Sanità e, in particolare, la titolarità della prima nel governo dei processi di salute relativi al proprio contesto, sono dichiarate nel Protocollo di Intesa "La Scuola Lombarda che promuove salute" (allegato C) e, al suo interno, nel documento "Il Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute"³.

Il Modello della Scuola che Promuove Salute è promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità da oltre 25 anni, dando concretezza ai principi della Carta di Ottawa (1986), documento centrale per la promozione della salute. Inoltre, esso rielabora in forma originale e contestualizzata i criteri e le evidenze di efficacia individuati dal network *School for Health in Europe* nella ricerca e nella pratica della promozione della salute a scuola (SHE, 2013)⁴.

Nello specifico, il Modello Lombardo definisce caratteristiche e mission della Scuola che Promuove Salute, all'insegna dei valori fondamentali di:

- **Equità:** in termini di parità di accesso per tutti all'educazione e alla salute;
- **Sostenibilità:** riconoscimento dell'interconnessione tra salute, educazione e sviluppo e investimento in strategie che permettano di realizzare le varie azioni in modo sistemico, nel lungo periodo;
- **Inclusione:** le scuole aderenti si impegnano a valorizzare la diversità. Le scuole devono rappresentare delle comunità di apprendimento dove tutti si sentono rispettati e degni di fiducia;
- **Empowerment:** tutti i membri della comunità scolastica sono attivamente coinvolti;
- **Democrazia:** le scuole che promuovono la salute si basano su valori democratici.

3 Ulteriore riferimento normativo regionale che sancisce l'avvio delle attività previste nel Protocollo d'Intesa, definendone inoltre il finanziamento è la Convenzione tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico regionale (Strumenti per lo sviluppo sostenibile della Rete: formazione, comunicazione, software, sito - DGR 3461/2012).

4 "Equity, education and health: learning from practice. Case studies of practice presented during the 4th European Conference on Health Promoting Schools, held in Odense, Denmark, 7 – 9 October 2013" (si veda allegato F).

Questi riferimenti teorici e metodologici hanno portato alla definizione del programma “Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia” e dell’omonimo programma del Piano Regionale di Prevenzione 3⁵, la cui formalizzazione e organizzazione sono sancite dai seguenti documenti:

- DGR N. IX/3461 del 16/05/2012 - Approvazione dello schema di convenzione tra Regione Lombardia e l’Ufficio Scolastico Regionale, in attuazione dell’intesa del 14.07.2011 “Scuola Lombarda che promuove salute” - progetto CCM “Promozione di stili favorevoli alla salute”, ai sensi dell’Accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e Regione Lombardia, del 12.07.2010⁶;
- Primo Accordo di Rete “Le Scuole Lombarde che Promuovono Salute” - 2012 (allegato D);
- Secondo Accordo di Rete “Le Scuole Lombarde che Promuovono Salute” – 2019 (allegato E).

Il programma "Scuole che Promuovono Salute - Rete SPS Lombardia" ha l'obiettivo generale di aumentare benessere e salute in tutti gli attori della scuola, attraverso il sostegno dell'empowerment individuale e di comunità nel setting scolastico, in un'ottica intersettoriale che intercetta e fa dialogare tra loro obiettivi di salute pubblica e *mission* educativa della Scuola.

ANALISI DEL BISOGNO E DEL CONTESTO

L’importanza di promuovere e sostenere stili e ambienti di vita favorevoli alla salute fin dalla prima infanzia, in un’ottica di prevenzione dei fattori di rischio quali obesità infantile, abuso di alcol, tabagismo e consumo di sostanze, chiama in causa una molteplicità di attori e di istituzioni e, tra questi, la Scuola assume un ruolo fondamentale.

Ampia letteratura di settore indica che migliorare la salute e l’istruzione siano obiettivi strettamente interconnessi: agire nel campo dell’istruzione, infatti, non ha solo il potere di incrementare il livello culturale e la prosperità economica di un Paese, ma ha anche un impatto notevole in termini di risultati di salute.

Gli interventi a scuola (soprattutto a livello di scuola dell’obbligo) hanno il grande vantaggio di coinvolgere un’elevata quota della popolazione in un luogo facilmente accessibile, al di là dello stato socioculturale ed economico della famiglia di appartenenza.

Dati sulla popolazione e sullo stato di salute degli studenti lombardi

La letteratura evidenzia come l’interazione fra individuo e ambiente rappresenti un determinante di salute, in tal senso, considerato il ruolo che la Scuola può assumere nel campo della promozione della salute, è utile conoscere lo stato di salute generale della comunità che abita il contesto scolastico, al fine di analizzare e individuare i principali bisogni e la domanda di salute a cui la Scuola può cercare di rispondere. A tal proposito, si presentano di seguito alcuni dati relativi alla popolazione potenzialmente destinataria delle azioni della Rete SPS Lombardia (studenti e personale docente).

5 <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/d4cad06d-3864-405a-bf53-cb6e2ea5a22a/DCR+X1497-2017+PRP+2014-2018+All.+INDICATORI.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d4cad06d-3864-405a-bf53-cb6e2ea5a22a-mdz12Oz>

6 <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/0d4c8916-01be-44c3-5d7e619f94fd952/DGR+3461+%2B+convenzione+RL+USR.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-0d4c8916-01be-44c3-a5d7-e619f94fd952-n1t9Xti>

Dati sugli studenti lombardi

In Lombardia gli studenti delle scuole sono oltre un milione. Nell'anno scolastico 2019/2020 si rileva che ⁷: il 39% (412.089 alunni) frequenta la scuola primaria, il 25% (268.011 alunni) la scuola secondaria di I grado, il 36% (386.862 studenti) la scuola secondaria di II grado. Nella scuola secondaria di II grado, circa il 16% degli studenti lombardi frequenta un istituto professionale; il 37% un istituto tecnico; il 47% il liceo. Gli alunni che frequentano percorsi leFP (Istruzione e Formazione Professionale) sono 11.133.

Gli alunni con cittadinanza straniera sono oltre 190.000. Il tasso medio di dispersione scolastica nel 2016 in Lombardia è stato pari al 12,7%.

- *Scuole primarie*

La ricerca Okkio alla Salute 2016 relativa alla Lombardia⁸ ha rilevato l'incidenza di condizioni di sovrappeso/obesità, di abitudini alimentari non salutari e di scarsa attività fisica sullo stato di salute degli studenti frequentanti la scuola primaria.

Nello specifico, il 25% di questa popolazione presenta un eccesso ponderale, comprendente condizioni sia di sovrappeso che di obesità, simili tra maschi e femmine.

Rispetto alle altre Regioni, la Lombardia si colloca a un livello intermedio, con valori di sovrappeso e obesità leggermente inferiori a quelli nazionali. Si assiste comunque ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini obesi, mentre c'è un incremento dei bambini in sovrappeso (19,2% nel 2016 contro il 17,1% nel 2014).

L'eccesso di peso nella popolazione infantile inoltre risulta correlato a quello dei genitori: il rischio di obesità diminuisce con l'aumentare del livello di scolarità della madre (dal 10% con madre con titolo di scuola elementare o media, al 5% per diploma di scuola superiore, al 2% per la laurea).

Si evidenzia inoltre una correlazione rispetto alla zona geografica di abitazione, con rischio di obesità maggiore nei centri con meno di 10.000 abitanti, rispetto ai centri con più di 50.000 abitanti e a quelli metropolitani (indice del 7,4% nel primo caso contro, rispettivamente, il 2,97% e 3,58% negli altri due casi).

È importante, a questo proposito, tenere in considerazione le abitudini alimentari di bambini e ragazzi, essendo dimostrata la correlazione tra queste e le condizioni di salute, tra cui sovrappeso e obesità. In tal senso i dati di OKkio alla Salute (2019) confermano per la Lombardia la notevole diffusione fra i bambini di abitudini alimentari poco salutari. Anche per quest'area, è stata rilevata la connessione tra abitudini alimentari dei figli e livello di scolarità della madre: per esempio, la bassa scolarità è collegata a un minor consumo di frutta e verdura e a un maggior consumo di bibite gassate e zuccherate.

Per quanto riguarda la prevalenza dell'attività fisica, i dati di Okkio evidenziano che, in generale, i bambini e ragazzi della Lombardia fanno poca attività fisica: mediamente 1 bambino su 5 risulta inattivo, in misura maggiore le femmine rispetto ai maschi. Solo 4 bambini su 10 svolgono attività fisica strutturata almeno un'ora per due giorni alla settimana, mentre solamente il 2% mantiene questo impegno tra i 5 e i 7 giorni alla settimana.

Per contro, in Lombardia, sono molto diffuse tra i bambini le attività sedentarie, tra cui trascorrere molto tempo guardando la TV o giocando con videogiochi/tablet/cellulari.

⁷ MIUR, La scuola in Lombardia. Conferenza stampa per l'avvio dell'anno scolastico 2018-2019

⁸ Okkio alla Salute è il sistema di sorveglianza nazionale sullo stato ponderale e gli stili di vita dei bambini della scuola primaria. La Lombardia partecipa allo studio a partire dal 2012.

Per maggiori dettagli sulla ricerca citata: *Okkio alla salute – Sistema di sorveglianza nazionale sullo stato ponderale e gli stili di vita dei bambini della scuola primaria. Report Lombardia 2016.*
https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/9c6a4768-ae45-4d0d-94e0-d4952cbef177/REPORT+OKKIO+2016_Lombardia_def.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9c6a4768-ae45-4d0d-94e0-d4952cbef177-m7sERHY

- *Scuole secondarie*

Per quanto riguarda gli studenti delle scuole secondarie di I e II grado, i dati della ricerca HBSC relativi al 2018⁹ restituiscono un quadro piuttosto eterogeneo degli stili di vita collegati allo stato di salute, che variano sia rispetto al tipo di comportamento, sia rispetto alle fasce d'età e al genere.

L'attività fisica risulta essere praticata regolarmente dalla maggioranza degli studenti (il 56,5% del campione, per almeno 60 minuti al giorno, tra le 2 e le 4 volte alla settimana). Tuttavia, la media dei ragazzi che non svolgono mai attività fisica è pari al 6,7% e sembra crescere con l'età, passando dall'4,1% a 11 anni all'8,6% a 15. Differenze significative emergono anche rispetto al genere: i soggetti che praticano con maggior frequenza e intensità l'attività sportiva sono prevalentemente i maschi. Rispetto ai dati emersi dalle precedenti indagini (HBSC, 2010, 2014), diminuisce lo svolgimento moderato di attività fisica in tutte le fasce d'età, mentre aumenta quella vigorosa (nel giro di 8 anni, gli undicenni e i quindicenni passano, rispettivamente, dal 67,3% al 73,7%, e dal 63,1% al 68,9%).

I dati sulle attività sedentarie, riferite al tempo di fruizione dei media, variano rispetto al tipo di *device* utilizzato, ai giorni della settimana, alle fasce d'età e al genere. Per quanto riguarda la TV, la maggior parte degli studenti ne fa un uso moderato durante i giorni di scuola (al massimo 2 ore per il 71,8% del campione) e lo incrementa nei fine settimana, quando solo il 51,8% la guarda per un massimo di 2 ore e il 17,5% la guarda per più di 5 ore, soprattutto nella fascia di età dei 13 anni e nel sesso maschile. Simile è la tendenza di utilizzo di computer, console, tablet e smartphone: il 19% degli studenti dichiara di fruire di questi dispositivi più di 2 ore al giorno durante la settimana; tale percentuale sale al 32,8% nel weekend. Ancora una volta sono i tredicenni a passare più tempo davanti allo schermo e si conferma, anche in questo caso, un passatempo prevalentemente maschile. Nel complesso, i dati mostrano un andamento discontinuo rispetto al passato: il comportamento di fruizione della TV aumenta rispetto al 2014, al contrario del tempo utilizzato per gli altri *device*, che presenta una leggera diminuzione.

Rispetto alle abitudini alimentari, l'indagine evidenzia come oltre il 60% dei ragazzi intervistati dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età. Purtroppo quasi un quarto di loro dichiara di non fare mai colazione. La percentuale di chi perde questa buona abitudine aumenta nel corso del tempo passando dal 18,3% a 11 anni, al 23,2% a 13 anni e raggiungendo il 26,2% a 15 anni. La metà del campione inoltre mangia frutta quasi tutti i giorni (il 19% più volte al giorno). Di contro il 12% non la mangia mai o quasi mai. Tra i due estremi si trova, verso il polo dei salutari chi la mangia almeno 2/4 giorni a settimana (il 27,3%) e, più vicino all'altro estremo, chi mangia frutta solo 1 volta a settimana (il 9,7%). Non si rilevano differenze significative tra le classi di età. I dolci, infine, vengono consumati quotidianamente da un terzo del campione, e le bevande gassate dal 12%. In generale, rispetto alle precedenti indagini, i dati sulle abitudini quotidiane mostrano un aumento nel consumo di consumo di verdura e un calo in quello di dolci e bibite zuccherate.

I dati su sovrappeso/obesità evidenziano come tali condizioni siano presenti in misura moderata: l'82,7% degli studenti risulta infatti essere normopeso, il 12,5% sovrappeso/obeso e il 2,96% sottopeso. La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età, passando dal 2,33% degli undicenni all'1,6% e 1,52% rispettivamente di tredicenni e quindicenni. I maschi appaiono più frequentemente in sovrappeso

9 HBSC (Health Behaviour in School Aged-Children – Comportamento collegati alla salute in ragazzi in età scolare) è uno studio internazionale svolto ogni 4 anni, in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, che coinvolge i ragazzi di 11, 12 e 13 anni. In Lombardia lo studio è realizzato a partire dal 2007. Per maggiori dettagli sulla ricerca citata: *Stili di vita e salute dei giovani lombardi di 11, 13 e 15 anni. Anno 2018.* https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/Od117bdb-01cf-42af-aeae-d0b1c306b6cc/HBSC+LOMBARDIA_2018_.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-Od117bdb-01cf-42af-aeae-d0b1c306b6cc-nnhuYNZ

rispetto alle ragazze. Questi dati sono tendenzialmente stabili nel tempo, rilevando solo una lieve riduzione dei soggetti in sottopeso e normopeso e un complementare lieve incremento di soggetti in sovrappeso e obesi. Interessanti da considerare sono anche i dati sulla percezione corporea, che rilevano come la maggior parte dei ragazzi (circa il 60%) abbia una percezione del proprio aspetto fisico adeguata rispetto all'effettivo IMC, mentre la preoccupazione di essere sovrappeso è più frequente a 13 e 15 anni ed è prevalentemente femminile; inoltre, in una percentuale non trascurabile di ragazzi, tale percezione non è giustificata dai dati relativi all'indice di massa corporea.

Il consumo e l'abuso di alcol risultano tra le abitudini non salutari più diffuse nella popolazione giovanile: La maggior parte dei ragazzi (il 64,4%) ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol nella vita. Tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 85,4% degli undicenni al 65,4% dei tredicenni, sino al 26,9% dei quindicenni. Oltre a una differenza (statisticamente significativa) per età, si assiste anche a una differenza per genere. Sono i maschi che, nella vita, dichiarano di aver consumato più alcolici delle femmine (43% contro 39,1%). La stessa tendenza si conferma rispetto al consumo recente. Anche questo cresce con l'età e i maschi dichiarano di aver bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni più frequentemente delle femmine. Il fenomeno dell'ubriacatura nella vita aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età e anche le ubriacature ripetute, in particolare con il passaggio alla scuola secondaria di II grado ma non si rilevano differenze significative tra maschi e femmine.

Si rilevano invece differenze tra ragazzi e ragazze nella scelta del tipo di alcolico: birra e vino sono preferiti dai maschi, mentre aperitivi e alcolpops dalle femmine. Il fenomeno del binge drinking riguarda circa il 20% del campione, aumenta con l'età ed è una pratica prevalentemente maschile. Il consumo di alcol, sia nella sua forma saltuaria che in quella più frequente, risulta in calo per tutte le fasce d'età rispetto ai dati del 2014, ad eccezione del binge drinking che cresce leggermente nei quindicenni.

Per quanto riguarda il fumo, l'81% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato all'epoca dell'indagine; tuttavia, il numero di chi ha fumato almeno una sigaretta o più cresce con l'età: sono il 2,9% a 11 anni, il 18,5% a 13 e il 43,9% a 15 anni. Tale tendenza risulta però diminuita rispetto al passato per i tredicenni e i quindicenni. I dati relativi al consumo di cannabis, inoltre, mostrano come sia tra i tredicenni che tra i quindicenni, la maggioranza degli studenti non ha mai fatto uso di cannabis; tuttavia, anche in questo caso, il suo consumo aumenta con l'età, è prevalentemente maschile, ma in lieve diminuzione rispetto alla tendenza riscontrata nei dati del 2014.

Il fenomeno indagato per la prima volta nell'indagine HBSC 2014, evidenziando come il 36,5% degli studenti intervistati ha scommesso o giocato denaro, almeno una volta nella vita. Il gioco a rischio o problematico riguarda il 4,8% del campione. In entrambi i casi sono i maschi ad essere più coinvolti nel fenomeno. Rispetto alla rilevazione precedente si evidenzia una diminuzione del numero degli studenti che ha giocato almeno una volta nella vita, (passano dal 42,7% al 36,5% del campione). Il gioco problematico e a rischio del campione nella sua totalità passa dal 4,3% al 4,8% (stabile fra le femmine, in aumento dal 7,1% al 9,1% fra i maschi).

Infine, i dati della ricerca relativi alla percezione di salute, di benessere psico-sociale e di fiducia nelle proprie capacità e nell'ambiente circostante mostrano che la maggior parte degli studenti presenti un punteggio buono o ottimo (87%), confermando lo stato di benessere generale dei ragazzi. Tale percezione positiva però cala in modo significativo al crescere dell'età, soprattutto nelle femmine e relativamente agli aspetti emotivi e psicologici.

Dati sugli insegnanti

La Scuola è anche un luogo di lavoro e quindi importante è la promozione della salute degli adulti che vi lavorano.

I docenti in Lombardia sono oltre 80.000 (il 41% nella scuola primaria, il 25% nella secondaria di I grado e il 34% nella secondaria di II grado). Il personale docente di sostegno per l'a.s. 2018-19 ammonta a un totale di 21.394. La dotazione organica del personale A.T.A. è di 29.456.

La ricerca "HBSC insegnanti 2014"¹⁰ rileva che, nel complesso, gli insegnanti sostengono di avere una buona salute (80%), sebbene con l'aumentare dell'età cresca anche la percentuale di coloro che percepiscono la propria salute come "discreta" o "precaria" (circa il 12% degli insegnanti tra i 41 e i 50 anni e circa il 20% per coloro di età compresa tra i 51 e i 60 anni). Molti però (82%) dichiarano di sperimentare condizioni di malessere, dovute specialmente a sovraccarico lavorativo; l'8% riferisce stati di disagio, tra cui l'esaurimento emotivo, associati al rischio di *burn out*. A dichiarare maggiori difficoltà, infine, sembrano essere gli insegnanti che lavorano nelle scuole secondarie di II grado.

Dati sull'organizzazione scolastica

Dati HBSC Lombardia: Solo una minima parte dei Dirigenti ha dichiarato di non adottare iniziative per la promozione della salute. Considerando chi le realizza abitualmente e chi di tanto in tanto, si rileva che tutte le scuole si occupano di promuovere competenze rispetto all'attività sportiva, il 98,3% prevede iniziative per la lotta alla violenza e al bullismo e il 97,5% organizza attività per la prevenzione del consumo di sostanze. Nel confronto tra le scuole di I e II grado non emergono particolari differenze nell'adozione complessiva di misure di promozione della salute. Analizzando nello specifico le misure adottate abitualmente, risultano tutte più frequenti nelle scuole secondarie di II grado tranne quelle relative al tema della violenza e del bullismo (Alimentazione 39,7% vs 44,4%, attività fisica 81,8% vs 90,5%, violenza e bullismo 74,1% vs 68,3%, sostanze 50% vs 63,5%). Confrontando tra loro i dati dell'adozione abituale di programmi volti alla promozione della salute nelle ultime tre edizioni, si nota una sostanziale stabilità rispetto all'area dell'attività fisica mentre si conferma il calo, già registrato nel 2013-14, per gli interventi legati all'ambito dell'alimentazione. In netta crescita l'attività relativa all'area della violenza, probabilmente dovuta a una sempre maggiore sensibilità legata al tema del bullismo e del cyberbullismo.

La diffusione del modello SPS su tutto il territorio Regionale in maniera capillare favorisce l'azione congiunta e coordinata su tutti i comportamenti di salute della popolazione scolastica.

Infine, appare importante sottolineare come i dati del profilo di salute di ogni singola scuola costituiscono l'analisi di contesto specifica da cui ogni scuola parte per definire i propri obiettivi e declinare le proprie attività.

I PRESUPPOSTI DI BASE DELLA RETE SPS LOMBARDIA

I riferimenti principali a cui si è ispirata la Rete SPS Lombardia sono la carta di Ottawa, il WHO *Health Promoting School framework* e la Rete *Schools for Health in Europe* (SHE).

Alla base della scelta di adottare la Rete SPS come strumento di promozione della salute in Lombardia, ci sono due considerazioni chiave:

- la prima giustifica il perché occuparsi di salute a scuola: salute e istruzione sono inseparabili, la prima supporta un apprendimento di successo e un apprendimento di successo supporta la salute¹¹. La letteratura indica che gli interventi di promozione della salute agiscono sugli stessi fattori di rischio e di

10 HBSC Insegnanti 2014 – Un'indagine sulla qualità della vita lavorative e sui comportamenti di salute degli insegnanti della Lombardia.

11 Dominic Richardson. Comparing Policies and Public spending for children across OECD countries. The 4th European conference on health Promoting Schools. Odensee Ottobre 2013.

protezione associati a comportamenti problematici e a scarsi risultati scolastici^{12 13 14}, sostenendo quindi l'importanza della collaborazione tra Servizi sociosanitari e Scuola. Inoltre, alcuni lavori scientifici hanno individuato correlazioni tra salute e performance scolastiche^{15 16 17};

- la seconda illustra il metodo più efficace ed efficiente per fare promozione della salute a scuola. L'approccio globale è ampiamente riconosciuto come la pratica migliore per lavorare in modo olistico e promuovere la salute e il benessere di studenti e insegnanti, attraverso l'influenza di tutti i fattori presenti nella comunità scolastica¹⁸.

L'approccio globale alla promozione della salute: evidenze di efficacia

Numerosi studi ed evidenze scientifiche sostengono l'interrelazione fra equità, istruzione e salute, mostrando che si impara e si insegna meglio laddove tutte le componenti della comunità promuovono lo stare bene emotivo, cognitivo e relazionale dei diversi attori che intervengono nel processo educativo. Un clima scolastico positivo può quindi influenzare favorevolmente l'adozione di condotte più sane.

L'approccio globale affronta le questioni all'interno di un unico e complessivo quadro calato nei processi educativo-formativi, combina interventi in aula e sugli ambienti, intreccia cambiamento individuale e trasformazione sociale, mostrando e perseguendo la coerenza tra processi educativi e politiche della Scuola. Gli interventi si caratterizzano proprio per il fatto di andare oltre l'azione sul singolo, mirando a modificare tutto il contesto e, quindi, a creare le condizioni per facilitare l'adozione di stili di vita corretti¹⁹.

I modelli sui determinanti di salute, l'approccio salutogenico²⁰, la teoria ecologica di Bronfenbrenner (1979, 2005) e tutto l'approccio di comunità che enfatizza la persona nel contesto, spiegano come quest'ultimo possa influenzare il cambiamento.

All'interno dell'approccio globale, alcuni principi meritano di essere evidenziati:

- la modifica del contesto può avvenire solo grazie alla collaborazione di tutti gli attori della Scuola. La partecipazione costituisce, quindi, un elemento essenziale e rappresenta un elemento chiave per la sostenibilità del modello. Chi è coinvolto attivamente smette di subire un intervento, ma agisce in prima persona assumendo un ruolo proattivo;

12 A. Griffin, K. W. & Botvin, G. J. (2012). LifeSkills Training and educational performance. *Better: evidence-based education*, 4, 3, 18-19

13 Whitehead D & Russell G (2004). How effective are health education programmes: resistance, reactance, rationality and risk? Recommendations for effective practice. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 163–72

14 Nutbeam et al. (1993), *Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour*. *Journal of Pediatric Child Health*, 29 (1), 25-30.

15 Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. and Sowden, A. (1999) Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3, 1–207

16 A. St Leger, L.H. (1999) The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health—a review of the claims and evidence. *Health Education Research*, 14, 51–69.

17 Martin A., Saunders D.H., Shenkin S.D., Sproule J., Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents, *Cochrane Database Syst Review*, 2014.

18 Gray G., Young I., Barnekow V. (2006). Developing a health promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools.

19 Green L.W., Kreuter M.W. (1991): *Health Promotion Planning: An Educational And Environmental Approach*. (2nd Ed.). Mountain View, Ca, Mayfield.

20 Antonovsky A. (1996), The salutogenic model as a theory to guide health, *Health Promotion International*, Vol. 11, n. 1: 11-18.

- un cambiamento generale di tutto il sistema aiuta a evitare il rischio di rifiuto di alcuni messaggi di salute da parte degli studenti, che potrebbero percepire tali indicazioni di salute come limitazioni della loro libertà²¹;
- mettere in atto un cambiamento di tutto un sistema è complesso e, quando i risultati non sono immediati, ma a lungo termine, il rischio di disinvestimento è alto. Una rete di scuole impegnate nel medesimo obiettivo rende disponibili sostegno e confronto, favorisce la circolazione delle migliori esperienze fatte, crea le condizioni istituzionali e formali per rendere il cambiamento sostenibile e verificabile nel tempo.

Il Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute pianifica le proprie azioni adottando l'approccio globale, che si articola lungo quattro ambiti strategici di intervento:

1. **sviluppare le competenze individuali**, attraverso l'adozione di un curriculum formativo che comprenda, in modo strutturale, lo sviluppo delle tematiche sulla salute e delle relative competenze, affrontandole in modo integrato e interdisciplinare, attraverso metodologie educative attive che sviluppano competenze alla vita (life skills²²). Un approccio educativo fondato sui principi della *Life Skills Education* è confermato come efficace da numerose evidenze in letteratura^{23 24} e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ne sostiene e promuove fortemente l'adozione²⁵.
Lo sviluppo delle competenze individuali riguarda anche gli insegnanti e gli altri operatori scolastici e può avvenire, per esempio, tramite attività di formazione a loro rivolte, al fine di sviluppare conoscenze aggiornate e consapevolezza critica e sostenere l'innovazione educativa orientata alla promozione della salute. Il livello e la qualità della preparazione professionale degli insegnanti rappresenta, infatti, una variabile cruciale nei processi di promozione della salute a scuola: è dimostrato, infatti, che le loro conoscenze e atteggiamenti sono aspetti fortemente collegati alla loro predisposizione a lavorare su tematiche legate alla salute²⁶. Inoltre, investire sulla formazione degli insegnanti e del personale della scuola ha effetti positivi sulla loro autostima, motivazione e attitudine al lavoro; similmente, insegnanti motivati ed empatici con i propri studenti influiscono in modo positivo sulle loro dinamiche di apprendimento e sui loro comportamenti di salute^{27 28 29}. Nel sistema scolastico italiano, l'impegno a promuovere la formazione professionale degli insegnanti trova un primo e importante riscontro nel Piano Nazionale per la Formazione dei Docenti elaborato dal Miur, i cui principi sono fortemente in linea con quelli dell'approccio globale³⁰.
2. **qualificare l'ambiente sociale** in termini di sostegno alle persone in difficoltà, di promozione del senso di appartenenza, di miglioramento del clima scolastico e di promozione della cultura della pro-socialità. Le scuole che promuovono salute adottano pratiche in grado di migliorare le relazioni tra i membri della

21 Whitehead D & Russell G (2004). How effective are health education programmes: resistance, reactance, rationality and risk? Recommendations for effective practice. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 163–72

22 Le *life skills* sono intese come quelle conoscenze e abilità che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri, per affrontare i problemi e gli stress della vita quotidiana e, quindi, per migliorare il proprio adattamento alla vita.

23 Boda, G. (2001). *Life Skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*. Roma: La Nuova Italia.

24 WHO (1993a). Increasing the relevance of education for health professionals, (WHO technical report series No. 838). Unpublished report available from the UNFPA Delhi office: <http://www.unfpa.org.in>. Ginevra.

25 WHO (1993b). *Life skills education in school*. Geneva (WHO/PSF/93.7A.Rev.2).

26 Jourdain, D., Stirling, P., Mannix McNamara, P. and Pommier, J. (2012). The influence of professional factors in determining primary school teachers' commitment to health promotion. *Health Promotion International*, 26 (3) 302-10.

27 Monaghan, F., McCoy, M., Young, I. & Fraser, E. (1997) Time for Teachers: The design and evaluation of a personal development course for teachers. *Health Education Journal* 56, pp 64 –71.

28 Werner, E. (1990). "Protective Factors and Individual Resilience." In *Handbook of Early Childhood Intervention*, edited by S. Meisels and J. Shonkoff. New York: Cambridge University.

29 Rowe, K. (2008). *Effective Teaching Practices* ACER, Melbourne.

30 https://www.istruzione.it/allegati/2016/Piano_Formazione_3ott.pdf

comunità scolastica (tra studenti, tra studenti e personale della scuola), con i genitori e la comunità circostante, attraverso il sostegno della partecipazione e dell'inclusione di tutti all'interno della comunità scolastica. Un istituto che coinvolge i ragazzi nelle proprie attività, alimentando il loro senso di appartenenza nei suoi confronti, contribuisce al miglioramento del loro benessere emotivo, come pure del loro rendimento scolastico³¹. Questo aspetto è favorito anche dall'impegno della Scuola nel ricercare la connessione con le famiglie degli studenti³². Ancora, risulta importante promuovere e sostenere la partecipazione e l'identificazione degli insegnanti nella *mission* e nelle iniziative dell'Istituzione scolastica a cui appartengono³³.

3. **migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo, creando e trasformando spazi e servizi favorevoli alla salute** (mense scolastiche con offerta di prodotti salutari, palestre, cortili, pedibus ecc.). Ci sono evidenze scientifiche per cui un ambiente scolastico caratterizzato da aria pulita, luminosità e un setting sicuro e confortevole favorisce l'apprendimento^{34 35 36}; pertanto, la Scuola si sforza di qualificare gli spazi fisici con criteri di sicurezza, salubrità, sostenibilità ambientale e piacevolezza, definendo anche tempi e modalità di utilizzo di questi spazi, in modo che siano coerenti con il sostegno di condizioni di salute e benessere, sia degli alunni, sia del personale. L'ambiente fisico include gli edifici, i cortili e gli spazi vicini alla scuola, oltre a quelli dove si svolge l'attività didattica. Le policy scolastiche possono invece rappresentare un esempio di "ambiente organizzativo". Si tratta di documenti che regolano, ad esempio, il divieto di fumare negli spazi scolastici, il tipo di alimentazione fornita tramite i servizi mensa o di vending, l'attività fisica da prevedere nel tempo didattico, la cui realizzazione contribuisce a rendere la scuola un contesto di promozione e diffusione di stili di vita sani, con ricadute positive anche sul rendimento scolastico^{37 38 39 40}.
4. **rafforzare la comunicazione comunitaria** (costruire alleanze positive) significa curare le relazioni tra gli Istituti scolastici e le famiglie degli studenti e gli individui/gruppi chiave della comunità circostante. La letteratura evidenzia la forte influenza della famiglia e dei genitori sulle abitudini di vita e, dunque, l'importanza del loro coinvolgimento nel processo di educazione alla salute, per il successo dello stesso⁴¹.

31 Greenburg, M., Weissberg, R., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. (2003). "Enhancing school based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning". *American Psychologist* 58: 6-7, 466-474.

32 U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2011) Fostering School Connectedness: improving student health and academic achievement.

http://www.cdc.gov/healthyYouth/AdolescentHealth/pdf/connectedness_administrators.pdf

33 Fullan, M. (2002). *Moral Purpose Writ Large*. The School Administrator Web Edition

34 James Maurice Blincoe, The age and condition of Texas High Schools as related to student academic achievement (doctoral diss., The University of Texas at AUSTin, 2008).

35 Glen I. Earthman, Schools facility conditions and student academic achievement (Los Angeles: UCLA Institute for Democracy, Education and Access, 2002).

36 The Centre for Learning and Teaching School of Education, Communication and Language Science, The impact of school environments: a literature review, University of New Castle, 2005.

<http://www.nc.ac.uk/cflat/news/DCReport.pdf>

37 Villalbi, J.R. and Ballestin, M. (1994) Developing smoking control policies in schools. *Health Promotion International*, 2, 99-104.

38 Chollat-Traquet, C. (1996) *Evaluating Tobacco Control Activities*. WHO, Geneva.

39 Singh, A et al (2012). Physical Activity and performance at school: A systematic review of the literature including a Quality Assessment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 66: 49 – 54.

40 Cutler, D.M. and Lleras-Muney, A. (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Cambridge, MA, NBER (Working Paper No. 12352).

41 Desforges, C. and Abouchar, A. (2003). The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievements and adjUSTment: A literature review. Department for Education and Skills, Research report RR433, London.

^{42 43}. Nell'ottica della progettazione intersettoriale, è importante instaurare rapporti di collaborazione e sinergia con i servizi sociosanitari locali e regionali che si occupano della cura e della promozione della salute. Consultare e collaborare con gli *stakeholder* della comunità può sostenere la Scuola e la comunità scolastica nelle azioni di promozione della salute⁴⁴. In Lombardia, un recente e importante esempio di partnership intersettoriale è rappresentato dall'intesa instaurata tra Prefettura, Comune, Ats e Ufficio Scolastico Territoriale della città di Milano, finalizzata allo sviluppo e al consolidamento di buone pratiche per il contrasto alle dipendenze e al disagio minorile in ambito scolastico⁴⁵.

Come già detto, approccio globale significa agire contemporaneamente a più livelli e quindi identificare indicatori in grado di stimare il cambiamento del contesto. Alcuni di questi indicatori possono essere⁴⁶:

- senso di appartenenza al processo di cambiamento volto a promuovere la salute, attraverso la partecipazione e il potenziamento dell'empowerment di tutti gli attori coinvolti.
- *leadership e management* in grado di favorire la condivisione delle responsabilità. Ciò è cruciale per mantenere alto il coinvolgimento di tutti gli attori;
- collaborazione tra gruppi e attori: all'interno della scuola, nei gruppi di lavoro che si occupano di implementare il Modello della Scuola che Promuove Salute e di attuare le buone pratiche; con interlocutori esterni (altri professionisti, amministrazione locale, ecc); tra i diversi attori della comunità scolastica (insegnanti, genitori, studenti)
- integrazione del Modello Lombardo della Scuola che Promuove Salute all'interno delle attività in corso, affinché non sia percepito come l'ennesima iniziativa isolata, ma come un "modo di essere", che permea tutti gli aspetti della vita della scuola, mettendone in relazione gli obiettivi principali e favorendone il perseguimento.

Prove di efficacia e buone pratiche

La Rete Europea delle Scuole che Promuovono Salute - SHE ha effettuato un lavoro di raccolta e documentazione delle evidenze scientifiche sull'efficacia degli interventi realizzati dagli Istituti scolastici aderenti a una rete e, parallelamente, di alcune buone pratiche.

Nella letteratura presa in esame, sono numerosi i riscontri riguardanti la relazione positiva tra il coinvolgimento degli studenti nelle attività di promozione della salute a scuola e il miglioramento nella loro percezione di benessere, come pure nella loro adesione e rispetto degli obiettivi educativi della scuola.

42 Van Sluijs, EMF., McMinn, AM., Griffin, SJ. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*, 335:703.

43 Perry, C. (1988) "Parent Involvement with children's health promotion: The Minnesota Home Team." *American Journal of Public Health*. 78:11156-11160.

44 Inchley, J., Guggleberger, L. and Young, I. (2012) *Germany and Scotland: Partnership and Networking in Samdal, O and Rowling, L. The Implementation of Health Promoting Schools*. Routledge.

45 Protocollo di Intesa finalizzato all'attuazione del Protocollo Regionale sottoscritto il 16 agosto 2016 per lo sviluppo e il consolidamento di buone prassi per la piena applicazione del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze – d.p.r. 309/90 e al contrasto dei fenomeni legati ad altre forme di dipendenza e disagio minorile in ambito scolastico.

<https://milano.istruzione.lombardia.gov.it/wp-content/uploads/2018/06/Protocollo-Scuola.pdf>

46 A. Inchley J., Muldoon J. and Currie C., (2006), *Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland*. Health Promotion International, Vol. 22 No. 1 pp 65-71.

L'aumento di conoscenze e competenze in materia di salute li rende inoltre agenti consapevoli nel perseguire cambiamenti per un maggior benessere^{47 48}.

Lo stesso vale per la promozione del benessere lavorativo e per il supporto allo sviluppo delle competenze professionali degli insegnanti e, più in generale, del personale scolastico, azioni che risultano efficaci affinché gli stessi diventino parte attiva del processo di educazione alla salute e del percorso di crescita dei loro studenti⁴⁹.

Coerentemente con il senso e gli obiettivi dell'approccio globale, gli interventi di prevenzione su specifiche tematiche di salute (attività fisica, sana alimentazione, salute e benessere mentale, uso e abuso di sostanze, educazione sessuale) si dimostrano efficaci quando si concentrano soprattutto sulla promozione e sullo sviluppo delle competenze individuali trasversali (*life skills*)^{50 51 52} e quando prevedono la connessione e il coinvolgimento non solo degli studenti, ma anche degli insegnanti, delle famiglie e della comunità, mirando a rinforzare le relazioni che intercorrono nel mondo scolastico a diversi livelli⁵³.

Nel complesso, è stata dunque argomentata l'efficacia di approcci globali e intersettoriali nei programmi ed interventi di promozione della salute nella scuola, sostenendo quindi l'utilità dell'implementazione e della diffusione di pratiche che tengano conto dei quattro ambiti di intervento descritti e della loro interdipendenza^{54 55 56}.

Il successo della promozione della salute in ambito scolastico, infine, dipende molto dalla condivisione di questo obiettivo e dall'effettiva sinergia che si realizza con il settore sanitario e, più in generale, dalle *partnership* intersettoriali e interdisciplinari che si riescono a instaurare all'interno della comunità e con gli *stakeholder*, dunque con la possibilità e la capacità di fare rete. Ad un livello più alto, fondamentali sono il riconoscimento e il conseguente supporto provenienti dal settore istituzionale e politico, che permettono di

47 Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V. and Forste R. (2012). *Evidence for the effects of student participation in designing, planning, implementing and evaluating school health promotion: A systematic literature review*. Ludwig Boltzman Institute, Working paper 12.

48 Simovska, V. (2012). Case Study of a Participatory Health-Promotion Intervention in School. *Democracy and Education*, 20 (1), 4.

49 Saraanen, T. (2012). "Processes and outcomes in school health promotion: engaging with the evidence discourse", *Health Education*, 112: 3.

50 Weare, K. and Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International, Special Issue 26*, 29-56.

51 Durlak, J A., Weissberg, RP., Dymnicki A B., Taylor R D. & Schellinger K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*; 82:474- 501.

52 Velasco V., Griffin K.W., Botvin J.(2017), Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training, *Prevention Science* 18 (4)

53 Patton, G. Bond, L., Carlin, J., Thomas, L., Butler, H., Glover, S., CATALANO, R. & Bowes, G. (2006). Promoting social inclusion in schools: A group-randomized trial on student health risk behaviour and well-being. *American Journal of Public Health*, 96, 9, 1582-1587.

54 Gray G., Young I., Barnekow V. (2006). Developing a health promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools

55 Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: World Health Organization.

56 St Leger, L., Young, I & Perry, M. (2008). *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. IUHPE, Paris.

legittimare le suddette collaborazioni nell'organizzazione del sistema educativo stesso, regolandone quindi le modalità di implementazione e la programmazione degli interventi^{57 58 59 60}.

Il Modello della Rete SPS Lombardia

Il Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute e la Rete SPS Lombardia nascono da un processo di osservazione, recepimento e rielaborazione di esperienze e pratiche nel campo della promozione della salute nelle scuole, provenienti sia dal contesto internazionale ed europeo (Carta di Ottawa, WHO *Health Promoting School framework* e Rete SHE), sia da alcune esperienze locali e regionali lombarde, le cui azioni si caratterizzavano già per un approccio di rete tra scuole e di collaborazione intersettoriale.

L'adozione del Modello e la sua diffusione attraverso la costituzione della Rete SPS Lombardia sono quindi avvenute tramite un processo di adattamento alle caratteristiche, alle risorse e ai vincoli del contesto locale. Per sviluppare e guidare con rigore tale processo, è stato utilizzato il modello REP (*Replicating Effective Programs*)⁶¹, centrato sulla ricerca e analisi di programmi/interventi efficaci su un determinato argomento o fenomeno e sulla verifica della loro replicabilità in contesti differenti.

Il modello REP si compone di quattro fasi, che di seguito decliniamo sulla base di quanto avvenuto nell'implementazione della Rete SPS Lombardia.

1. **Pre-conditions:** *analisi del bisogno e identificazione di strategie di intervento efficaci, tenendo conto delle caratteristiche del contesto di riferimento (scuola e sistema scolastico lombardo)*

L'avvio e lo sviluppo del Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute e della Rete SPS Lombardia si sono basati sull'analisi dei seguenti aspetti:

- la consapevolezza, supportata anche dalle evidenze emerse in letteratura, circa l'interrelazione tra salute ed educazione e, dunque, circa l'importante ruolo che può assumere il settore scolastico in questo campo;
- la ricerca della coerenza con il principio di "Salute in tutte le politiche" e con le raccomandazioni internazionali per la promozione della salute in ambito scolastico;
- l'evoluzione delle conoscenze nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, in termini di contenuti e metodologie, che ha suggerito un approccio alla salute, all'interno delle scuole, che non sia di tipo settoriale, ma globale (approccio globale);
- l'eterogeneità di azioni e interventi realizzati nel corso degli ultimi 30 anni dalle realtà scolastiche lombarde che, pur dando atto della consolidata esperienza e del funzionamento della collaborazione tra settore scolastico e settore sanitario in materia di educazione alla salute, ha messo in evidenza la mancanza di una logica e strategia di intervento comune a livello di territorio regionale e, per contro, la necessità di maggiore condivisione e uniformità per la realizzazione di programmi efficaci⁶².

57 Paulus, P. (2012). Germany and Scotland: Partnership and Networking in Samdal O and Rowling, L. The Implementation of Health Promoting Schools. Routledge.

58 Young, I and Lee, A. (2009). Scotland: Sustaining the development of health promoting schools: The experience of Scotland in the European context. In Vince Whitman, C. and Aldinger, C. (eds) Case Studies in Global School Health Promotion. Springer, New York.

59 Woynarowska, B and Sokolowska, M. (2009). Poland: The national Health Promoting School certificate In Vince Whitman, C. and Aldinger, C. (eds) Case Studies in Global School Health Promotion. Springer, New York.

60 Joint Consortium for School Health (2014). *Pan-Canadian Joint Consortium for School Health*. <http://www.jcsh-cces.ca/>

61 Amy M Kilbourne, Mary S Neumann, Harold A Pincus, Mark S Bauer, and Ronald Stall Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implementation Science* 2(1), 1-10, 42.

62 Coppola L., Cereda D., Baggio B. (2014), Health promoting schools network in the Lombardy region, in *Equity, Education and Health: Learning from practice* (allegato F), Cap. 7, pp. 55 – 60.

Nello specifico, il percorso di definizione del Modello Lombardo è avvenuto, inizialmente, mediante la realizzazione di un primo percorso formativo congiunto fra Scuola e Sanità (IREF, 2009). Tale percorso, effettuato coinvolgendo dirigenti scolastici, docenti referenti delle scuole e degli UST e operatori delle ASL provenienti da tutte le provincie della Lombardia, ha permesso di promuovere il confronto, l'elaborazione e la contestualizzazione dei capisaldi teorico-metodologici della promozione della salute, fondamentale per la costruzione di un modello di azione delle scuole che promuovono salute efficace. È seguito successivamente un secondo momento di formazione congiunta fra Scuola e Sanità, dal titolo "Verso la Rete Lombarda delle Scuole che Promuovono Salute" (Éupolis, 2011) che, tramite diverse modalità di formazione (*focus group*, gruppi tecnici, *nominal group technique*, *brainstorming*, *world café*) ha permesso di discutere e rielaborare, in forma originale e contestualizzata, i riferimenti del *network* "School for Health In Europe", con particolare riferimento alla Risoluzione di Vilnius⁶³, portando alla stesura del documento "Il Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute" (condiviso con Direzioni Generali Agricoltura, Sport e giovani, Istruzione, Formazione e Lavoro). Ciò ha rappresentato sia l'intenzione a supportare un approccio alla promozione della salute di tipo intersettoriale, sia la cornice di carattere teorico-culturale e metodologico della "Scuola Lombarda che Promuove Salute" (allegato C).

Appare fondamentale evidenziare come tali percorsi di informazione e formazione abbiano permesso di accompagnare gli operatori sanitari e scolastici nel processo di apprendimento dell'approccio e della logica della promozione della salute, favorendo anche l'assunzione dei rispettivi compiti e responsabilità per la sua implementazione.

2. **Pre-implementation:** *creazione di un gruppo di lavoro intersettoriale e sperimentazione del programma individuato come efficace, al fine di definirne l'orientamento e la logica.*

Questa fase ha visto l'istituzione formale della Rete SPS Lombardia, attraverso la sottoscrizione dell'Accordo di Rete "Le Scuole Lombarde che Promuovono Salute" (12 giugno 2012, allegato D), che individua e precisa compiti e responsabilità della Rete e dei suoi organismi organizzativi (scuola capofila, coordinamenti regionale e provinciali, gruppi di lavoro delle scuole), specifica le condizioni di adesione da parte dei nuovi istituti, indica le strategie di intervento e le modalità di comunicazione e di condivisione delle risorse.

L'esigenza di dar vita a un organismo formalizzato risiedeva nella necessità di passare da quanto dichiarato nei documenti sottoscritti a un'azione concreta, che rendesse sostenibile nel tempo e diffondesse nello spazio (la regione tutta e poi anche in altre regioni) il modello operativo messo a punto nell'Intesa.

Le attività finalizzate a porre le basi e l'orientamento dell'azione della Rete SPS Lombardia, sono state:

- revisione ed adattamento dei programmi di promozione della salute già attivati in alcune scuole, alla luce dei criteri di appropriatezza delineati dal Modello Lombardo
- sperimentazione dei programmi individuati come appropriati o come buone pratiche, coerentemente ai quattro ambiti dell'approccio (LST, Unplugged, programmi di Peer education, policy antifumo, policy sul vending, pedibus, ecc.⁶⁴).
- realizzazione del Meeting Dirigenti della Rete (seminario residenziale, Iseo, 19 – 20 - 21 novembre 2012), finalizzato all'individuazione di una strategia di azione comune alla Rete e di una serie di attività efficaci da implementare nelle scuole e che ha portato alla pubblicazione del documento "Carta di Iseo: primi indirizzi metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono Salute" (allegato H).⁶⁵

63 Better schools through health, the Third European Conference on Health Promoting Schools, Vilnius, 2009 (allegato G).

64 <https://www.scuolapromuovesalute.it/buone-pratiche>

65 Gli indirizzi metodologici condivisi sono stati:

- il riconoscimento e il sostegno della titolarità della scuola nel governo di determinanti di salute riconducibili a diversi aspetti (ambiente formativo, ambiente sociale, ambiente fisico, ambiente organizzativo) e, dunque, nello sviluppo di azioni finalizzate alla salute e al benessere e alla loro integrazione;
- l'adozione di una cultura del lavoro di rete;
- il sostegno dell'approccio globale, attraverso azioni orientate ai singoli, all'ambiente e alla comunità;

costruzione e implementazione dello strumento del “Profilo di salute” della scuola (strumento per l’analisi del contesto di partenza delle singole scuole), in collaborazione tra rappresentanti degli Istituti aderenti alla Rete e operatori del settore sociosanitario.

3. **Implementation:** *ampliamento della Rete SPS Lombardia e diffusione dei programmi di promozione della salute nelle scuole aderenti, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro intersettoriali e la realizzazione di interventi di formazione rivolti agli istituti e al personale scolastico, al fine di rinforzare il senso di appartenenza, la partecipazione nell’ottica dell’intersettorialità, la condivisione e l’implementazione del Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute.*

La fase di implementazione della Rete SPS Lombardia è da considerarsi un processo in costante divenire, essendo la Rete stessa una realtà aperta e composita, che di fatto deve saper affrontare e gestire i cambiamenti che avvengono nelle sue componenti e, più in generale, nei contesti sociali di riferimento (scolastico, istituzionale/politico, comunitario), al fine di perseguire efficacemente le azioni e gli obiettivi orientati alla promozione della salute.

Questa fase ha preso formalmente avvio dall’atto di inclusione del Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute all’interno del Piano Regionale Prevenzione: la Rete diventa, quindi, una cornice per tutte le politiche di promozione della salute all’interno del setting scolastico.

Nel corso degli anni la progressiva adesione di nuovi istituti scolastici ha fatto sì che, col tempo, i programmi sperimentati nella fase precedente (e coerenti al modello dell’approccio globale) potessero essere estesi a un numero sempre maggiore di scuole. La diffusione del modello lombardo ha quindi comportato la necessità di sviluppare ed implementare strumenti utili per sostenere tale processo, come ad esempio:

- Gruppi di lavoro intersettoriali per accogliere le richieste da parte delle scuole e produrre materiali e strumenti operativi in grado di migliorare l’implementazione della rete.
- Articolazione della Rete in una serie di organi e la definizione dei rispettivi ruoli e compiti (allegato D)
- Iniziative di formazione e informazione volte ad ampliare la Rete, una sempre maggior diffusione di buone pratiche, ma soprattutto il consolidamento delle *partnership* territoriali realizzate in tutte le realtà che hanno permesso di migliorare il lavoro e l’azione di ciascuno degli Istituti scolastici aderenti.
- Costituzione di un tavolo di coordinamento provinciale che sovrintende l’operato delle Istituzioni scolastiche, costituito da rappresentanti di tutte le ATS (ex ASL), di concerto con i rappresentanti dell’UST e della Scuola capofila provinciale.
- Sviluppo del paradigma della “formazione dei formatori” per la trasmissione di conoscenze e competenze relative alla promozione della salute al personale scolastico, che permette di superare la modalità dell’intervento diretto in aula degli operatori, fornendo così competenze qualificate a supporto della scuola e dei docenti, alimentando l’empowerment e l’impegno attivo della scuola nello sviluppo dei programmi di promozione della salute.
- Realizzazione di *meeting* regionali della Rete SPS Lombardia, giunti oggi alla terza edizione, al fine di rinforzare la Rete SPS Lombardia, condividere e valorizzare le buone pratiche locali, presentare lo stato dell’arte dello sviluppo della Rete, attraverso la condivisione delle esperienze, dei punti di forza, delle criticità e dei possibili sviluppi futuri, permettere l’incontro e il confronto a livello nazionale, con le esperienze di altre regioni, e internazionale, con quanto fatto da altri Paesi aderenti alla Rete SHE.
- Stesura e revisione di documenti disciplinanti (per un approfondimento si veda il Box seguente – BOX N.1).

-
- la promozione della partecipazione di tutti i soggetti della comunità scolastica;
 - il riferimento ai criteri di buone pratiche e a prove di efficacia e coerenza di buone pratiche documentate;

BOX N.1 – Sintesi dei nuovi documenti disciplinanti relativi al Modello Lombardo della Rete SPS

- Nuovo Accordo di Rete (Allegato E), elaborato a partire da quanto definito nei precedenti accordi che prevede la valorizzazione delle scuole capofila provinciali, definendo nel dettaglio e aumentando i loro compiti. L'obiettivo è rinforzare ulteriormente la Rete SPS, radicandola sul territorio.
 - "Modello della Scuola che promuove salute e Gestione dell'emergenza Covid-19", elaborato dal Coordinamento regionale della Rete, in data 30/07/2020 per offrire indicazioni sulla gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 all'interno delle scuole, mantenendo un'ottica attenta alla promozione della salute (allegato I).
 - Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e Ministero dell'Istruzione – Ufficio scolastico regionale per la Lombardia (approvato con DGR n. 3736 del 26/10/2020), riguardante l'attuazione del Progetto Ministero della Salute - CCM 2019 "Approccio sistemico ed ecologico per la promozione dell'attività fisica nel setting scolastico: Whole Active Health Promoting Schools (WAHPS)", che ha l'obiettivo di incrementare l'attività fisica nel contesto scolastico mediante la diffusione di interventi sostenibili, di provata efficacia e coerenti all'"Approccio scolastico globale" (allegato L)
-

4. **Evaluation:** *monitoraggio, analisi e valutazione degli effetti dell'azione della Rete SPS Lombardia e dei suoi programmi*⁶⁶.

La fase di valutazione consiste in:

1) monitoraggio dello sviluppo della rete in termini di adesione al Modello Lombardo della Scuola che Promuove Salute e alla Rete SPS Lombardia da parte degli Istituti scolastici, a livello sia quantitativo che qualitativo. Nel primo caso, si valuta la copertura della Rete (impatto) prendendo in considerazione il numero di Istituti scolastici aderenti alla Rete e il numero di studenti destinatari delle sue azioni. Nel secondo caso, si tratta di verificare la progettazione e l'impegno delle singole scuole nell'implementazione del programma della Rete attraverso lo strumento del Profilo di salute: entro il primo anno scolastico a partire dall'iscrizione formalizzata, infatti, ogni istituzione scolastica deve declinare il proprio Profilo di salute, individuando priorità d'azione e pianificando il processo di miglioramento collegato al Rapporto di autovalutazione (RAV), attraverso l'utilizzo degli strumenti predisposti dalla Rete (allegato M).

2. analisi delle azioni messe in atto e della loro efficacia (appropriatezza), in termini sia di effettiva implementazione da parte delle Istituzioni scolastiche, sia di raggiungimento/coinvolgimento di determinate categorie della popolazione destinataria.

Essa avviene attraverso la registrazione delle esperienze degli Istituti scolastici della Rete SPS Lombardia nei programmi di promozione della salute e la valutazione delle stesse sulla base dei principi e criteri di buona pratica dichiarati nella Carta d'Iseo (analisi, obiettivi, valutazione, comunicazione, documentazione, trasferibilità, sostenibilità, alleanze).

Nello specifico, la prima esperienza di sistematizzazione, raccolta ed analisi delle attività messe in atto è avvenuta nel corso degli anni 2014 e 2015, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro regionale, composto da rappresentanti esperti del mondo della Scuola e dei Servizi sociosanitari, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo, la diffusione e l'implementazione di azioni di dimostrata efficacia che fossero sostenibili attraverso le risorse presenti nei singoli Istituti scolastici (Per un approfondimento relativo alle fasi ed ai risultati di tale lavoro si veda l'allegato N - "Verso le buone pratiche"⁶⁷).

66 Per approfondimenti sulle attività di valutazione, si veda anche il paragrafo "Valutazione".

67 Come riportato nel documento il risultato del lavoro svolto rappresenta una tappa fondamentale per il consolidamento della Rete stessa e per la messa a sistema, al suo interno, di un metodo di validazione e disseminazione delle iniziative e dei programmi di qualità (Buone Pratiche). L'esperienza concreta, infatti, ha provato che la collaborazione tra professionisti con diversi background culturali ed il processo di raccolta sistematica di esperienze di promozione della salute attraverso la partecipazione diretta delle scuole risultano essere azioni possibili e proficue, fondamentali per delineare un linguaggio comune, integrare punti di vista differenti e complementari e valorizzare tutte le componenti.

Il modello SHE/SPS applicato nelle singole scuole

L'attività definita nel paragrafo precedente si realizza poi a livello territoriale, all'interno di ogni singolo istituto scolastico aderente, secondo il modello proposto dalla Rete *School for Health in Europe*^{68 69}. Il modello SHE si compone di cinque fasi, ognuna contiene una serie di indicazioni e azioni da seguire per l'individuazione e l'implementazione di attività, interventi e strumenti.

Le cinque fasi, e le relative indicazioni/azioni, sono indicate nella tabella seguente (Tabella 1).

Fase	Azioni/indicazioni
1: <i>Avviare il processo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Creare coinvolgimento, favorendo l'ascolto, la comunicazione e la partecipazione - Ottenere il sostegno delle figure di riferimento all'interno della scuola, ovvero del dirigente scolastico e degli insegnanti. - Ottenere il sostegno dell'intera comunità scolastica (personale scolastico, studenti e le famiglie) nel processo di condivisione delle ragioni, dei significati e degli obiettivi che identificano una scuola che promuove salute. - Individuare e coinvolgere altri <i>stakeholder</i>, anche al fine di ottenere maggiore sostegno, sviluppare <i>partnership</i> che possano garantirne una maggiore efficacia alle azioni della scuola, come pure collaborazioni e servizi di consulenza per l'attuazione del percorso. - Individuare le risorse necessarie e disponibili (umane e finanziarie) per portare a termine i cambiamenti che s'intende realizzare. I limiti possono derivare proprio dalla mancanza o dall'inadeguatezza delle risorse a disposizione, per cui è importante condurre una valutazione preliminare e, eventualmente, muoversi per ricercare e mobilitare il capitale umano e/o economico necessario - Costituire un gruppo di lavoro interno, che può essere composto sia da rappresentanti della comunità scolastica (dirigente scolastico, docenti e altro personale, rappresentanti dei genitori e degli studenti), sia da <i>stakeholder</i> esterni alla scuola stessa. È importante individuare un coordinatore del gruppo (l'Accordo di Rete indica che sia il dirigente scolastico) e assegnare altre funzioni a figure motivate e disponibili a partecipare al gruppo. - Iniziare a pianificare la comunicazione, attraverso la specificazione degli obiettivi comunicativi, dei messaggi da trasmettere e dei canali da utilizzare sulla base dei target a cui ci si vuole rivolgere. - Iniziare a pianificare la valutazione, attraverso l'individuazione della figura o del gruppo responsabile di questa attività e, successivamente, la definizione dei contenuti, del come, del quando e con che risorse fare la valutazione.
2: <i>Valutare la situazione di partenza</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valutare lo status di salute del proprio istituto scolastico - Definire le priorità, in base ad un'analisi dei temi/ambiti su cui si ritiene più opportuno intervenire <p>* Tali azioni sono di competenza, in primo luogo, del gruppo di lavoro interno (dirigente scolastico, insegnante referente alla salute, altri insegnanti, personale ATA, rappresentanti dei genitori e, se l'età lo consente, rappresentanti degli</p>

68 SHE – Scuole per la salute in Europa. *Manuale online per la scuola – SHE: 5 fasi per diventare una scuola che promuove salute.*

69 SHE – School for Health in Europe. SHE School Manual 2.0. A Methodological Guidebook to become a health promoting school.

	studenti), in collaborazione con soggetti esterni che eventualmente si decide di coinvolgere come esperti per l'attività di valutazione.
<i>3: Pianificare le azioni</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Definire il piano d'azione, attraverso la definizione dei temi prioritari di intervento e la successiva stesura delle fasi e delle strategie di attuazione. Ad orientare questa fase di analisi e selezione, è certamente utile il riferimento ai programmi regionali predefiniti e ai criteri di buona pratica per la realizzazione di nuovi interventi. - Stabilire scopi e obiettivi chiari e ragionevoli (realistici, mirati, misurabili, limitati nel tempo) sia di processo che di risultato - Definire gli indicatori, necessari per mostrare il grado di sviluppo del programma/attività e fornire informazioni sul processo di implementazione o sull'elaborazione/raggiungimento dei prodotti/risultati. - Pianificare la comunicazione, attraverso la creazione di un piano di comunicazione. - Pianificare l'attività di auto-analisi e monitoraggio, anche attraverso la conoscenza delle caratteristiche e della metodologia dello strumento del Profilo di salute. - Scrivere e revisionare il proprio piano, attraverso la restituzione di aggiornamenti, la ricerca di confronti e la raccolta di <i>feedback</i> da parte dei diversi membri della comunità scolastica e utilizzare queste informazioni per integrare il piano di azione. - Stilare un Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF) orientato alla promozione della salute e fondato sull'approccio globale, con azioni volte ai singoli e all'ambiente. <p>* Il gruppo di lavoro interno si occupa della pianificazione delle varie azioni, anche prevedendo il coinvolgimento di altri membri della comunità scolastica e di esperti in materia di salute o educazione, al fine di stendere un programma realistico e, quindi, sostenibile a livello di risorse, tempi e adesione.</p>
<i>4: Passare all'azione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diffondere informazioni in merito al piano definitivo - Integrare il piano nelle pratiche quotidiane, attraverso l'organizzazione delle attività collegate a ogni obiettivo, la loro assegnazione a dei responsabili e l'individuazione di risorse sufficienti per il loro svolgimento.
<i>5: Monitorare e valutare</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Messa a punto del Profilo di salute, strumento informatizzato in grado di descrivere, documentare e monitorare i processi di cambiamento in tema di salute che le singole realtà scolastiche realizzano, le proprie risorse e criticità, consentendo così la stesura di un piano di miglioramento personalizzato, sulla base del quale programmare le attività e monitorarne lo svolgimento. <p>Tutte le scuole aderenti alla rete annualmente elaborano il proprio profilo di salute e sulla base dello stesso identificano le attività da svolgere e organizzano monitoraggio e valutazione.</p>

Per un approfondimento relativo al percorso cronologico dello sviluppo e dell'implementazione del Modello Lombardo della Rete SPS si veda il BOX sottostante.

BOX N.2 – Il percorso cronologico della Rete SPS

- Pre-condizioni
- 2006
- Varo del Protocollo d'Intesa relativo alle attività di "Promozione della salute ed Educazione alla Salute nelle scuole" tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico per la Lombardia (22 marzo 2006)
- 2007
- Istituzione della Commissione regionale per la programmazione e il coordinamento degli interventi di promozione della salute – "Sottogruppo Scuola" – Decreto Direzione Generale Sanità n. 4649 del 9 maggio 2007 (formalizzazione del percorso congiunto)
- 2008
- Redazione del documento congiunto Regione Lombardia DG Sanità – USR Lombardia "L'alleanza tra sistema Sanità e sistema Scuola: atti di un percorso comune 2005-2007"
- Pre-implementazione
- 2009
- Realizzazione del primo percorso formativo congiunto fra Scuola e Sanità (IREF, 2009)
- 2010
- Varo del "Piano Regionale Prevenzione 2010 – 2012" (DGR 1175/2010), tra i cui obiettivi c'è l'attuazione del programma delle Rete delle Scuole che Promuovono Salute
- 2011:
- Definizione del "Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute" e stesura del relativo documento (allegato C)
 - Formalizzazione della collaborazione tra Ufficio Scolastico Regionale e Regione Lombardia DG Sanità, attraverso l'approvazione del Protocollo di Intesa "La Scuola Lombarda che Promuove Salute" (14 luglio 2011) (allegato C).
- 2012:
- Convenzione tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico regionale (D.G.R. 3461/2012), che stabilisce il finanziamento per l'attuazione del Protocollo di Intesa, che comprende gli strumenti per lo sviluppo sostenibile della Rete SPS Lombardia (formazione, comunicazione, software, sito)
 - Firma del Primo Accordo di Rete "Le Scuole Lombarde che Promuovono Salute" da parte di 68 Istituti scolastici che hanno partecipato su base volontaria e che, di fatto, formalizza l'istituzione della Rete SPS Lombardia (allegato D)
 - Avvio di un gruppo di lavoro, costituito da operatori scolastici e sanitari dei territori lombardi, per la realizzazione e implementazione dello strumento del "Profilo di salute"
- Implementazione e valutazione
- Realizzazione del 1° *Meeting* Dirigenti della Rete (Iseo, 19 – 20 – 21 novembre 2012)
 - Adesione al *Network* Internazionale SHE – *School for Health in Europe*⁷⁰
- 2013:
- Elaborazione della "Carta di Iseo: primi indirizzi metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono Salute" (allegato H)
- 2014:
- Inclusione del modello della Rete delle Scuole che Promuovono Salute all'interno del Piano Regionale Prevenzione
-

⁷⁰ <https://www.schoolsforhealth.org/about-us/member-countries>

-
- Realizzazione del 1° *Meeting* regionale della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia e pubblicazione del fascicolo “La Scuola che fa bene” (allegato O)
- 2015:
- Costituzione di tre gruppi di lavoro congiunti, composti da dirigenti scolastici e operatori ATS, che hanno affrontato, rispettivamente, i seguenti aspetti individuati dalla Cabina di regia e dal coordinamento regionale: analisi e selezione di buone pratiche realizzate dalle scuole della Rete SPS (allegato N); estensione/adattamento del programma Life Skills Training Lombardia; ridefinizione del processo di autovalutazione e del relativo strumento del Profilo di salute (allegato M)
- 2016:
- Realizzazione del 2° *Meeting* regionale della Rete delle Scuole che Promuovono salute in Lombardia e pubblicazione del fascicolo “Scuole che promuovono salute. Una rete che sostiene il cambiamento”⁷¹
- 2019:
- Realizzazione del 3° *Meeting* regionale della Rete Scuole che Promuovono Salute in Lombardia “Una Rete che sostiene un’alleanza”
 - Stesura del nuovo Accordo di Rete (allegato E)
- 2020
- Stesura e condivisione del documento “Modello della Scuola che promuove salute e Gestione dell’emergenza Covid-19” (allegato I)
 - Approvazione del Protocollo d’Intesa tra Regione Lombardia e Ministero dell’Istruzione – Ufficio scolastico regionale per la Lombardia per l’attuazione del Progetto Ministero della Salute - CCM 2019 “Approccio sistemico ed ecologico per la promozione dell’attività fisica nel setting scolastico: Whole Active Health Promoting Schools (WAHPS)” (allegato L)
-

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE SPS LOMBARDIA

Composizione attuale della Rete SPS Lombardia

La Rete SPS Lombardia si presenta oggi come un sistema articolato e composito: sul piano geografico, istituzionale (pubblico e privato) e di ciclo formativo (primo e secondo grado).

Dopo una fase nascente che ha coinvolto 86 Istituti, la Rete è via via cresciuta sul territorio ed è riuscita, nelle sue articolazioni provinciali, a connettere sempre più realtà formative locali.

Ad oggi (settembre 2020) la Rete coinvolge 550 Istituzioni scolastiche ubicate in tutte le province lombarde⁷², organizzate in 12 reti provinciali. La provincia che raccoglie il numero maggiore di adesioni è Milano, con 169 Istituti, seguita da Bergamo (67), Brescia (61), Pavia (37), Monza Brianza (35), Varese (34), Mantova (33), Lodi (29), Cremona (27), Lecco (22), Como (21), Sondrio (15). I dati confermano la prevalenza quantitativa nelle aree provinciali più densamente popolate e con maggiore concentrazione di scuole.

Organizzazione della Rete SPS Lombardia a livello regionale e locale

La Rete è costituita dalle Scuole che promuovono salute, organizzate sia a livello regionale, sia per ambiti provinciali territoriali e da tre ambiti sub-provinciali per la provincia di Milano⁷³.

⁷¹ <http://www.scuolapromuovesalute.it/ebook/ebook2016/index.html>

⁷² Dati aggiornati al 30 settembre 2020. Fonte: <http://www.scuolapromuovesalute.it/la-rete.html>

⁷³ I tre ambiti subprovinciali di Milano si dividono in corrispondenza degli ambiti scolastici: Milano Città – ambiti 21 e 22, Milano nord-est – ambiti 23 e 24, Milano sud-ovest – ambiti 25 e 26.

L'Accordo di Rete siglato nel 2019 (allegato E) è stato frutto di un lavoro congiunto e intersettoriale tra rappresentanti del settore scolastico, sociosanitario e istituzionale regionale, che ha portato alla ridefinizione dell'assetto organizzativo della Rete SPS Lombardia.

Sono organi della Rete:

- 1) Il Coordinamento regionale della rete
- 2) La Cabina di regia regionale
- 3) La Scuola capofila regionale
- 4) L'Assemblea provinciale
- 5) La Cabina di regia provinciale
- 6) La Scuola capofila di ciascuna provincia

All'interno della tabella seguente (Tabella 2) sarà delineata l'organizzazione degli organi della Rete sopra citati:

Organo della Rete	Descrizione	Compiti
<i>Livello regionale</i>		
<u>Coordinamento regionale</u>	Composto dal Dirigente della Scuola capofila regionale di Rete, dai Dirigenti Scolastici delle Scuole capofila provinciali e sub-provinciali di Rete, dai rappresentanti degli Ambiti Territoriali dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, dai rappresentanti delle ATS, dal rappresentante dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia e dal rappresentante della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia. Svolge attività di gestione e ha un incarico di coordinamento tecnico e di monitoraggio.	<ul style="list-style-type: none"> - verificare periodicamente lo stato di avanzamento del processo di rete e delle attività programmate all'interno delle reti provinciali; - individuare linee di indirizzo e verificare la coerenza rispetto al Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute delle azioni delle Reti provinciali; - aggiornare periodicamente le azioni necessarie negli ambiti di intervento strategici; - mappare altre reti di scopo o reti scolastiche con obiettivi inerenti alla promozione della salute; - definire i criteri di ripartizione, tra le scuole capofila provinciali, delle risorse stanziati dai vari Enti; - approvare il bilancio di previsione e il bilancio consuntivo relativi a ciascun anno solare; - rappresentare la Rete nella <i>Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE)</i>
<u>Cabina di regia regionale</u>	composta dal Dirigente della Scuola capofila regionale di Rete, dal rappresentante dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia e dal rappresentante della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia. Svolge attività istruttorie (programmazione, proposta, acquisizione di informazioni o documentazione e di istruttoria nei procedimenti di scelta).	<ul style="list-style-type: none"> - Convocare il Coordinamento regionale, almeno due volte l'anno; - promuovere una programmazione intersettoriale a livello regionale coerente con il Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute; - proporre al Coordinamento Regionale della Rete ambiti di intervento strategici; - sollecitare lo sviluppo dei processi di rete e delle attività programmate; - favorire collaborazioni con altre reti scolastiche di scopo e con reti di scuole attive su tematiche inerenti alla promozione della salute.

Organo della Rete	Descrizione	Compiti
<u>Scuola capofila regionale</u>	Ha un compito di rappresentanza, di gestione delle attività amministrativo-contabili e di gestione tecnica. È eletta dai Dirigenti scolastici delle Scuole capofila provinciali sulla base di candidatura, rimane in carica per 3 anni con possibilità di essere rieletta.	<ul style="list-style-type: none"> - rappresentare la Rete nei diversi ambiti istituzionali; - curare gli aspetti comunicativi della Rete (gestione del sito, diffusione delle notizie riguardanti la Rete, diffusione dei materiali prodotti dai Gruppi di lavoro della Rete, diffusione di documenti validati dal Coordinamento regionale, ecc.); - raccogliere documentazione e informazioni sulle scuole aderenti alla Rete (adesioni alla Rete, attività, pratiche, materiali, ecc.); - relazionare al Coordinamento regionale e alle Scuole capofila provinciali le adesioni alla Rete con una frequenza almeno trimestrale; - raccordarsi con le Scuole capofila provinciali; - predisporre il bilancio di previsione e il bilancio consuntivo della Rete; - provvedere al riparto delle risorse economiche tra le scuole della Rete e alla gestione diretta di quelle destinate alla Rete nel suo insieme; - relazionare al termine di ogni anno scolastico al Coordinamento regionale e alle altre Scuole della Rete l'uso delle risorse comuni; - rendicontare agli Enti finanziatori secondo i vincoli specifici.
<u>Gruppi di lavoro regionali</u>	Costituiti dal Coordinamento regionale per finalità specifiche. Tali gruppi possono essere composti da Dirigenti scolastici e insegnanti delle scuole aderenti alla Rete, rappresentanti degli Ambiti Territoriali dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia e da rappresentanti delle ATS, rispettando la corrispondenza con la rappresentanza del Coordinamento regionale. I componenti dei gruppi sono individuati, in funzione di particolari competenze, disponibilità e indicazioni del Coordinamento regionale.	<ul style="list-style-type: none"> - Discutere, confrontarsi ed elaborare strategie di azioni ed interventi su specifici temi propri del Modello Lombardo della Rete SPS
<i>Livello provinciale</i>		
<u>Assemblea provinciale</u>	composta dal Dirigente della Scuola capofila provinciale di Rete, dai Dirigenti Scolastici degli	<ul style="list-style-type: none"> - eleggere la Scuola capofila di Rete provinciale; - mappare i bisogni del territorio e indirizzare le azioni della Rete in base a questi;

Organo della Rete	Descrizione	Compiti
	Istituti aderenti per ciascun ambito provinciale, dai rispettivi referenti con funzione strumentale sulla promozione della salute, dai rappresentanti dell'Ambito Territoriale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia e dai rappresentanti dell'ATS.	<ul style="list-style-type: none"> - mappare altre reti di scopo o reti scolastiche esistenti nel territorio di riferimento con obiettivi inerenti alla promozione della salute; - verificare periodicamente lo stato di avanzamento del processo di rete sul territorio provinciale e delle attività programmate all'interno delle Istituzioni scolastiche aderenti; - valutare il rispetto dei criteri nell'azione delle scuole che aderiscono alla Rete.
<u>Cabina di regia provinciale</u>	composta dal Dirigente della Scuola capofila provinciale di Rete, da due rappresentanti degli Istituti scolastici aderenti alla Rete provinciale, dai rappresentanti dell'Ambito Territoriale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia e dai rappresentanti dell'ATS.	<ul style="list-style-type: none"> - Convocare l'Assemblea provinciale, almeno due volte l'anno; - promuovere una programmazione intersettoriale a livello provinciale coerente con il Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute; - raccordare la Rete con le scuole capofila delle Reti di Ambito e con le scuole polo della formazione; - sollecitare lo sviluppo dei processi di rete e delle attività programmate; - proporre iniziative ed attività alle scuole dell'ambito provinciale e al Coordinamento regionale.
<u>Scuola capofila provinciale</u>	eletta dai Dirigenti Scolastici delle scuole aderenti per lo specifico ambito provinciale nell'Assemblea Provinciale, rimane in carica per 3 anni con possibilità di essere rieletta.	<ul style="list-style-type: none"> - rappresentare la Rete provinciale nei diversi ambiti istituzionali e nel Coordinamento regionale; - firmare, per delega degli Istituti aderenti alla Rete provinciale di riferimento, i documenti della Rete stessa; - eleggere la Scuola capofila regionale; - raccordarsi con la Scuola capofila regionale; - informare e sostenere le Istituzioni scolastiche aderenti alla Rete del proprio territorio di riferimento; - promuove la partecipazione a bandi e l'accesso a risorse economiche di diversi Enti; - provvedere al riparto delle risorse economiche tra le scuole della Rete e rendicontazione delle stesse alla Scuola capofila regionale; - relazionare al termine di ogni anno scolastico al Coordinamento regionale e alle altre Scuole della Rete circa l'utilizzo delle risorse comuni, fermo restando il diritto di accesso ai relativi atti che gli organi delle cointeressate Istituzioni Scolastiche potranno esercitare ogni qualvolta sarà ritenuto necessario.

Tabella 1-Organizzazione degli Organi della Rete SPS Lombardia

In ciascuna Istituzione Scolastica aderente alla Rete, inoltre, deve essere definito un gruppo di lavoro interno, la cui responsabilità è affidata al Dirigente Scolastico con i seguenti compiti:

- promuovere la conoscenza del Modello lombardo delle Scuole che Promuovono Salute e delle attività programmate all'interno del corpo docenti, presso le famiglie, presso i diversi soggetti della Comunità locale;
- favorire il coinvolgimento di tutta la comunità scolastica nella programmazione e realizzazione delle attività;
- promuovere la cultura della salute nella scuola e nella comunità locale;
- analizzare i bisogni della scuola sui temi di salute;
- progettare e coordinare la realizzazione delle attività in relazione agli ambiti di intervento strategici e coerenti con criteri di Buona Pratica;
- tenere i rapporti con gli *stakeholder* e gli interlocutori esterni;
- raccogliere i dati di verifica rispetto alle attività realizzate;
- documentare annualmente le azioni/attività intraprese utilizzando gli strumenti predisposti dalla Rete.

Come indicato nel Manuale della Rete SHE, è bene che la composizione del gruppo di lavoro interno sia eterogenea, quindi costituita non solo dai referenti dell'istituto scolastico, ma da tutti i soggetti che possono concorrere attivamente alla progettazione e realizzazione delle attività: prima di tutto, i rappresentanti degli studenti e dei genitori, come pure soggetti esterni portatori di interesse (individui, professionisti e/o organizzazioni), al fine di ampliare la prospettiva e le competenze che possano sostenere la Scuola nei compiti di promozione della salute.

La scuola nella Rete: aderire e partecipare

Tutte le scuole che pongono al centro della loro azione formativa e educativa l'attenzione alla promozione della salute possono aderire alla Rete SPS Lombardia.

L'adesione avviene interamente on-line attraverso il completamento della procedura di raccolta dati predisposta dalla Rete e la compilazione del modulo di adesione da restituire firmato digitalmente, in cui si impegna a rispettare i criteri della "Rete SPS Lombardia e a sottoscrivere l'accordo"⁷⁴.

La raccolta delle adesioni avviene a cura della Scuola capofila regionale che relazionerà al Coordinamento regionale e alle Scuole capofila provinciali le adesioni alla Rete con una frequenza almeno trimestrale.

L'adesione alla Rete "Scuole che Promuovono Salute – Lombardia" (Rete SPS) comporta anche l'impegno a rispettare i criteri della Rete, quali:

- stilare un PTOF (Piano Triennale dell'Offerta Formativa) orientato alla promozione della salute
- declinare il proprio "profilo di salute", individuando priorità d'azione e pianificando il processo di miglioramento collegato al RAV (Rapporto AutoValutazione) con l'utilizzo degli strumenti predisposti dalla Rete;
- realizzare annualmente almeno due azioni/attività in relazione agli ambiti di intervento strategici definiti all'Art. 2 dell'Accordo di Rete, condivise dalla Rete sulla base della coerenza con criteri di Buona Pratica;
- documentare annualmente le azioni/attività intraprese in relazione agli ambiti di intervento strategici definiti all'Art. 2 dell'Accordo di Rete, utilizzando gli strumenti predisposti dalla Rete.

⁷⁴ <https://www.scuolapromuovesalute.it/aderire-alla-rete/>

OBIETTIVI DELLA RETE SPS LOMBARDIA, AZIONI E PRODOTTI

Obiettivi generali della Rete SPS

La Rete delle Scuole lombarde che Promuovono Salute persegue la finalità di promuovere e aumentare la salute e il benessere in tutti gli attori della scuola, attraverso il sostegno dell'empowerment individuale e di comunità nel setting scolastico, la cura dell'ambiente fisico e organizzativo, in un'ottica intersettoriale che intercetta e fa dialogare tra loro obiettivi di salute pubblica e *mission* educativa della Scuola (approccio globale).

Tale finalità è realizzabile attraverso i seguenti obiettivi generali:

1. implementazione nelle Istituzioni scolastiche aderenti su tutto il territorio di Regione Lombardia della piena applicazione e del consolidamento del Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute, e dei relativi sviluppi (recepimento regionale del documento interministeriale "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" approvato dalla Conferenza Stato Regioni con l'Accordo del 17.01.2019);
2. impegno alla diffusione del Modello lombardo attraverso azioni di rete e la partecipazione a "School for Health in Europe Network Foundation" (promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e sostenuto dalla Commissione Europea);
3. programmazione congiunta Scuola-Sanità su tutti i temi e programmi di salute.

Obiettivi specifici, azioni e prodotti della Rete SPS

Gli obiettivi generali delineati nel paragrafo precedente si declinano in termini di obiettivi specifici, azioni previste per farvi fronte e prodotti distinti sul livello regionale e sul livello locale.

In particolare, gli obiettivi specifici a livello regionale risultano essere fondamentali al fine di garantire il processo stesso di costituzione e funzionamento della rete secondo il Modello Lombardo, reso possibile grazie a specifiche azioni, come ad esempio la stipula di atti formali, ma anche e soprattutto per mezzo di un lavoro intersettoriale e di un monitoraggio costanti.

Allo stesso tempo, gli obiettivi specifici a livello delle singole Istituzioni Scolastiche, insieme alle conseguenti azioni, permettono ad ogni scuola aderente alla Rete di rispecchiare l'adesione all'approccio globale promosso dal Modello Lombardo. Essi, quindi, declinano i compiti e l'impegno dell'istituzione scolastica ad implementare tale approccio, determinando la messa a punto di azioni sia a livello generale in termini di promozione della salute, sia specifiche in relazione ai quattro ambiti di intervento che caratterizzano il modello. Il perseguimento di tali obiettivi specifici, inoltre costituisce un processo continuativo e integrato con le altre attività organizzative e didattiche della scuola, che dunque necessita di essere sviluppato e mantenuto nel tempo: sistematicità, costanza e partecipazione nell'impegno per almeno 5-7 anni sono requisiti indispensabili per ottenere buoni risultati. L'anno scolastico è utilizzato come riferimento temporale per documentare e monitorare la realizzazione di interventi specifici (coerenti ai criteri di buona pratica) e la loro pertinenza rispetto ai quattro ambiti strategici di intervento.

Obiettivi specifici, azioni e prodotti saranno delineati conseguentemente e distinti in due differenti tabelle:

- Tabella 3 – obiettivi specifici, azioni e prodotti a livello regionale
- Tabella 4 – obiettivi specifici e azioni a livello delle singole Istituzioni scolastiche.⁷⁵

⁷⁵ Si evidenzia come i prodotti relativi alle singole Istituzioni scolastiche non saranno qui elencati in quanto risultano essere dipendenti da quanto realizzato all'interno di ogni diversa realtà attiva sul territorio.

Tabella 3 – obiettivi specifici, azioni e prodotti a livello regionale

Obiettivo specifico a livello regionale	Azioni	Prodotti
<p>R1. Favorire la collaborazione tra sistema scolastico e sistema sociosanitario, in vista del potenziamento delle azioni, nel rispetto dei rispettivi mandati.</p>	<p>R.1.1 Stipula di accordi formali per la costituzione e lo sviluppo della Rete da parte dei rappresentanti dei settori scolastico e sanitario</p> <p>R.1.2 Inclusione del modello Rete SPS Lombardia nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 e estensione nazionale</p> <p>R.1.3 Stesura condivisa dei documenti fondanti la Rete SPS Lombardia attraverso un percorso partecipato da parte di operatori appartenenti ad entrambi i sistemi, scolastico e sanitario</p> <p>R.1.4 Costituzione di organi di coordinamento e di gestione della Rete, articolati sia a livello regionale che provinciale, a cui partecipano i rappresentanti di entrambi i sistemi - scolastico e sanitario - tra i cui compiti ci sono la programmazione, l'organizzazione e il sostegno di azioni intersettoriali</p> <p>R.1.5 Costituzione di gruppi di lavoro intersettoriali e interdisciplinari, sia per lo sviluppo e l'ottimizzazione di programmi raccomandati, sia per la definizione e l'individuazione di attività coerenti ai principi di buona pratica, sia per la condivisione e il confronto su temi e informazioni riguardanti la salute della popolazione target (ad esempio, sui fenomeni del GAP e del bullismo, sui dati derivanti dai Sistemi di Sorveglianza, sul recente fenomeno dell'emergenza da Covid-19);</p> <p>R.1.6 Organizzazione di eventi comunicativi congiunti per la presentazione e la condivisione di progetti, obiettivi ed esperienze</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocollo di Intesa “La Scuola lombarda che promuove salute” - D.G.R. 3461/2012 - Accordo di Rete 2012 e Accordo di Rete 2019 - Protocollo d’Intesa tra Regione Lombardia e Ministero dell’Istruzione – Ufficio scolastico regionale per la Lombardia per l’attuazione del Progetto Ministero della Salute - CCM 2019 - Programma 3 PRP 2014-2018 Lombardia - Programma Predefinito “Scuole che Promuovono Salute” nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 - Il Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono salute” - Carta d’Iseo - Gruppo Estensione LST - Gruppo Movimento - Realizzazione meeting della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia, giunti oggi alla terza edizione
<p>R.2. Favorire la creazione di un sistema capace di</p>	<p>R.2.1 Strutturazione di una forma organizzativa che prevede la condivisione delle responsabilità tra diverse scuole e la partecipazione attiva di tutte le componenti: organizzazione delle reti locali e degli organi che ne coordinano la governance (assemblee e cabine di regia provinciali)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assemblee provinciali - Cabine di regia provinciali - Stesura condivisa, in fase di adesione formale alla Rete, del Piano Triennale di

Obiettivo specifico a livello regionale	Azioni	Prodotti
<p>sostenere il modello rete SPS nel tempo</p>	<p>R.2.2 Sostegno e accompagnamento dei processi di rete per la diffusione e lo sviluppo del modello SPS Lombardia a tutti gli Istituti di ogni ordine e grado della regione in particolare a quelle più fragili (per esempio posti in quartieri ad alto rischio, con un elevato tasso di drop-out scolastico, con un frequente turn over di insegnanti, ecc.)</p> <p>R.2.3 Strutturazione di un sistema formale di adesione alla Rete e di valutazione delle richieste per ingaggiare fortemente le Istituzioni scolastiche, sostenerle nel processo di individuazione dei propri bisogni e delle proprie risorse, individuare precocemente come favorire la permanenza di ognuna all'interno della Rete</p> <p>R.2.4 Definizione delle azioni minime che devono essere realizzate dai singoli Istituti per essere definiti Scuole che promuovono salute</p> <p>R.2.5 Sviluppo di strumenti per aiutare le singole Istituzioni scolastiche a individuare le proprie potenzialità e i propri bisogni</p> <p>R.2.6 Sviluppo di un sistema di rendicontazione e di monitoraggio del rispetto degli standard qualitativi e quantitativi previsti dal Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute</p> <p>R.2.7 Costruzione di un sito internet</p>	<p>Offerta Formativa orientato alla Promozione della Salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documento "Carta di Iseo" - Stesura del "Profilo di salute" informatizzato in grado di descrivere, documentare e monitorare i processi di cambiamento - Sito web: http://www.scuolapromuovesalute.it/
<p>R.3. Favorire l'applicazione di azioni efficaci ed efficienti nell'ambito della promozione della salute.</p>	<p>R.3.1 Formazione degli operatori della scuola sui programmi e le buone pratiche attraverso il paradigma della "Formazione dei formatori", fornendo competenze qualificate a supporto della scuola e dei docenti</p> <p>R.3.2 Sviluppo di programmi e interventi di promozione della salute che tengano conto delle prove di efficacia esistenti in letteratura e di "buone pratiche" documentate, coerentemente con i criteri di buona pratica indicati ed esemplificati nella Carta d'Iseo (analisi, obiettivi, valutazione, comunicazione, documentazione, trasferibilità, sostenibilità, alleanze)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insegnanti formati su programmi e buone pratiche - Programmi e buone pratiche realizzate nelle scuole (LST, Unplugged, peer education, ecc.) - Realizzazione del documento "Verso le buone pratiche" (Allegato N)

Obiettivo specifico a livello regionale	Azioni	Prodotti
	R.3.3 Costituzione di un gruppo di lavoro misto per la valutazione e la diffusione delle buone pratiche realizzate dalle diverse realtà scolastiche	
R.4. Favorire il sostegno reciproco e lo scambio di pratiche tra le Istituzioni scolastiche	<p>R.4.1 Organizzazione di occasioni per favorire l'incontro e lo scambio tra gli Istituti scolastici, come pure l'aggiornamento e la condivisione dello sviluppo della Rete.</p> <p>R.4.2 Programmazione e sviluppo di progetti e strumenti, coordinati dalle cabine di regia provinciali e dalle scuole capofila, che prevedono il coinvolgimento di più Istituti, per realizzare azioni congiunte e sostenibili a livello territoriale;</p> <p>R.4.3 Organizzazione di momenti formativi a livello di reti locali, che vedono il coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche aderenti, degli uffici scolastici territoriali e di ATS, con altri partner, sia pubblici che privati (enti e associazioni del Terzo Settore, Università, aziende), finalizzati alla riflessione e alla condivisione delle esperienze svolte, ma anche alla conoscenza di programmi, strumenti didattici specifici e aspetti innovativi in materia di promozione di salute nelle scuole</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tre edizioni meeting Regionali Rete SPS Lombardia - Incontri di confronto e aggiornamento Provinciali a cadenza bimestrale - Incontri dedicati all'implementazione dei programmi di intervento predefiniti a livello regionale (LST, Unplugged, Pedibus) - Incontri dedicati alla conoscenza delle evidenze di ricerca e degli strumenti necessari per la valutazione del livello di salute della popolazione di riferimento (dati raccolti dai sistemi di sorveglianza HBSC e Okkio alla Salute, utilizzo dello strumento del Profilo di salute)
R.5. Aumentare il numero delle Istituzioni scolastiche aderenti	<p>R.5.1 Presentazione del Modello SPS Lombardia e pubblicizzazione della attività svolte, sia a livello regionale, sia a livello locale</p> <p>R.5.2 Individuazioni di incentivi che involino le scuole a partecipare</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sito dedicato aggiornato - Documenti di indirizzo - Erogazione di diverse forme di sostegno, anche di tipo economico, per gli Istituti che aderiscono alla Rete.

Tabella 4 – obiettivi specifici e azioni a livello delle singole Istituzioni scolastiche

Obiettivi specifici a livello delle singole Istituzioni scolastiche	Azioni
<p>S.1. Adottare e sostenere il modello di approccio globale alla salute, attraverso azioni orientate ai singoli, all'ambiente e alla comunità</p>	<p>S.1.1. La scuola costituisce gruppi di lavoro dedicati alla promozione della salute che coinvolgano tutti i propri attori (Dirigente, corpo insegnante, personale ATA, rappresentanti dei genitori e degli studenti);</p> <p>S.1.2. La scuola facilita la collaborazione tra diversi gruppi di lavoro già esistenti e con interlocutori esterni, tra cui gli Enti locali, istituti pubblici e privati, le realtà del terzo settore;</p> <p>S.1.3. La scuola realizza attività di auto-analisi attraverso lo strumento del Profilo di salute ed elaborazione del piano di miglioramento, in modo da orientare la propria azione verso strategie ed obiettivi di promozione della salute (allegato M);</p> <p>S.1.4. La scuola adotta e sviluppa programmi e policy che favoriscano benessere e salute in modo trasversale e integrato agli obiettivi scolastici;</p> <p>S.1.5. La scuola sviluppa un PTOF orientato alla promozione della salute;</p> <p>S.1.6. La scuola integra i temi di salute nei curricula formativi didattici.</p>
<p>S.2. Promuovere il rinforzo di competenze individuali di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, personale ATA e altro personale scolastico, dirigenti, genitori e famiglie).</p>	<p>S.2.1. La scuola adotta curricula formativi e metodologie educative per lo sviluppo di competenze trasversali (life skill);</p> <p>S.2.2. La scuola s'impegna ad affrontare le tematiche di salute in modo integrato e interdisciplinare;</p> <p>S.2.3. La scuola adotta e implementa i programmi sulle competenze di vita promossi dalla DG Welfare (LST, Unplugged, Peer education);</p> <p>S.2.4. La scuola cura la formazione continua del personale sviluppando conoscenze aggiornate e consapevolezza critica.</p>
<p>S.3. Qualificare l'ambiente sociale, promuovere un clima e relazioni positive</p>	<p>S.3.1. La scuola sostiene il senso di appartenenza e la condivisione di obiettivi, azioni e responsabilità tra i diversi attori della sua comunità, in primo luogo attraverso l'attività svolta dal gruppo di lavoro interno (o da altri gruppi costituiti ad hoc), come pure tramite l'organizzazione di incontri periodici e/o</p>

Obiettivi specifici a livello delle singole Istituzioni scolastiche	Azioni
	<p>comunicazioni riguardanti gli interventi realizzati o da realizzare (per esempio, organizzazione di assemblee scolastiche, di eventi di formazione congiunta scuola-studenti-famiglie);</p> <p>S.3.2. La scuola favorisce l’ascolto e l’accoglienza, s’impegna a migliorare il clima scolastico, adottando un approccio attento alla valorizzazione e alla cura delle relazioni sociali e della partecipazione (per esempio, realizzazione di attività didattiche basate sull’apprendimento cooperativo, implementazione di programmi per lo sviluppo delle life skills, istituzione di sportelli di ascolto e di servizi di tutoraggio, creazione di gruppi di discussione per gli studenti e le famiglie, ecc.);</p> <p>S.3.3. La scuola offre sostegno alle persone in difficoltà e promuove la cultura della pro-socialità, mediante policy e progetti orientati all’inclusione sociale e alla cittadinanza attiva, al contrasto delle disuguaglianze, delle condizioni di disagio e dei comportamenti a rischio per la salute (per esempio, progetti di didattica inclusiva e di sensibilizzazione/intervento su determinate condizioni o situazioni, quali disabilità, disturbi specifici dell’apprendimento, salute mentale, relazioni interculturali, bullismo, comportamenti da dipendenza);</p> <p>S.3.4. La scuola promuove diverse forme di partecipazione e di associazionismo al proprio interno (per esempio, associazioni di genitori, consulte studentesche, ecc.).</p>
<p>S.4. Migliorare l’ambiente strutturale (spazi) e organizzativo (servizi) per facilitare l'adozione stabile di stili di vita salutari</p>	<p>S.4.1. La scuola qualifica gli spazi fisici con criteri di sicurezza, salubrità e sostenibilità ambientale, attraverso interventi di potenziamento delle strutture per lo svolgimento di attività diversificate (sportive, artistiche, aggregative), di messa a norma degli impianti elettrici, antincendio e delle scale di emergenza, di risparmio energetico (isolamento, deposito rifiuti, ecc.), di abbattimento delle barriere architettoniche;</p> <p>S.4.2. La scuola definisce modalità di utilizzo di spazi e tempi su criteri di salute e benessere di alunni e personale, attraverso la regolamentazione di corrette pratiche e abitudini per la loro fruizione (per esempio, il mantenimento di aria pulita e di adeguata luminosità negli spazi interni, il divieto di fumare, ecc.);</p> <p>S.4.3. La scuola organizza i servizi scolastici sulla base di criteri orientati alla promozione della salute (per esempio, adotta specifici capitolati per il vending e per la mensa garantendo un’offerta salutare,</p>

Obiettivi specifici a livello delle singole Istituzioni scolastiche	Azioni
	come il pane a ridotto contenuto di sale, regola e inserisce momenti di attività fisica nel tempo delle lezioni, come le pause attive, ecc.).
S.5. Rafforzare la comunicazione comunitaria e la costruzione di alleanze.	<p>S.5.1. La scuola costituisce un gruppo di lavoro composto da propri rappresentanti (docenti, personale non docente, studenti, genitori) e dai membri della comunità e organizza incontri periodici per condividere obiettivi e azioni;</p> <p>S.5.2. La scuola collabora con l'ATS di riferimento nella programmazione orientata alla promozione della salute;</p> <p>S.5.3. La scuola adotta programmi di promozione della salute proposti dalla DG Welfare (LST, Unplugged, Peer education, Pedibus);</p> <p>S.5.4. La scuola stipula accordi con l'amministrazione comunale (o ambiti territoriali) per la condivisione di progetti, policy o servizi orientati alla promozione della salute (per esempio, il Pedibus);</p> <p>S.5.5. La scuola stipula accordi con le forze dell'ordine;</p> <p>S.5.6. La scuola ricerca e promuove la collaborazione della comunità scolastica (insegnanti e altro personale scolastico, studenti, genitori) con associazioni del territorio, anche al fine di coinvolgerle nella progettazione e realizzazione di programmi;</p> <p>S.5.7. La scuola si occupa della mappatura dei punti di forza e di criticità del quartiere.</p>

BOX N.3 – Attività specifiche realizzate dai gruppi di lavoro regionali

Gruppo per l'adattamento e l'estensione del LST

Il gruppo di lavoro regionale si è costituito nel dicembre del 2015 e ha visto la partecipazione attiva di dirigenti scolastici, docenti e operatori di diversi Servizi sociosanitari territoriali, per un totale di circa 30 partecipanti.

Il gruppo ha avuto il compito di curare il secondo allineamento italiano del LifeSkills Training Program (LST), con un'attenzione particolare sia all'integrazione del programma con il curriculum scolastico, le competenze di cittadinanza, la didattica, la programmazione verticale per competenza, sia all'ampliamento delle tematiche di salute toccate dal programma, sia ancora alla trasferibilità delle competenze apprese attraverso il programma e la sua generalizzazione.

Anche in questo caso, il percorso congiunto ha permesso di:

- sviluppare la collaborazione tra professionisti provenienti dal mondo scolastico e da quello sociosanitario con diversi background culturali, favorire lo sviluppo di un linguaggio comune e valorizzare l'integrazione di sguardi
- integrare l'approccio delle life skill con quello delle competenze trasversali (competenze per l'apprendimento permanente e competenze chiave di cittadinanza)
- condividere documenti, esperienze e riferimenti teorici proponendo sintesi e letture condivise, alimentando anche la messa a sistema di un programma di life skill education evidence-based, che promuova l'applicazione delle competenze in diversi ambiti di salute.

Gruppo Profilo di salute⁷⁶

In questi ultimi anni, le novità normative che hanno riguardato la Scuola hanno richiesto un ripensamento degli strumenti elaborati a livello regionale e, in particolare, dello strumento informatizzato del Profilo di salute.

La logica concatenazione tra Profilo di salute e Rapporto di autovalutazione (RAV), originata da un'identica cornice di metodo e da una metrica simile, ha portato alla costituzione di un gruppo di lavoro regionale con il mandato di progettare una nuova versione del Profilo di salute, che permettesse la sua integrazione (e non sovrapposizione) alla scala RAV, al fine di raccogliere una sola volta dati completi sulla scuola e sul territorio in cui è ubicata.

Ulteriore obiettivo è stato quello di semplificare la struttura del Questionario di autovalutazione contenuto nello strumento, specialmente per rendere più sintetica e funzionale la declinazione delle azioni da indagare e delle relative descrizioni.

Le informazioni e il processo di valutazione sono finalizzati a costruire una rappresentazione puntuale della realtà scolastica, attraverso l'analisi delle sue dinamiche e delle informazioni necessarie per individuare le priorità di sviluppo verso cui orientare al meglio il Piano di Miglioramento (allegato M).

VALUTAZIONE

La valutazione dello sviluppo della Rete SPS Lombardia si compone di diversi indicatori finalizzati a verificare:

- con riferimento allo sviluppo della Rete:
 - impatto (copertura scuole e popolazione studentesca);
 - appropriatezza (diffusione delle pratiche raccomandate);
 - sostenibilità;

⁷⁶ Per approfondimenti sul Profilo di salute, si veda il paragrafo "Valutazione".

- con riferimento allo sviluppo di azioni da parte delle singole Istituzioni scolastiche:
 - i punti di forza, le aree di miglioramento e le priorità di intervento.

Indicatori sullo sviluppo della Rete SPS Lombardia

Impatto: copertura delle scuole e della popolazione studentesca

Poiché l'efficacia della Rete delle Scuole che promuovono salute nel favorire l'adozione di stili di vita sani è abbondantemente documentata nella letteratura di settore, Regione Lombardia si pone l'obiettivo di estendere il più possibile la Rete e aumentare il numero di Istituti aderenti affinché la popolazione studentesca che ne fa parte e il personale impiegato possano godere dei vantaggi offerti. Maggiore è la quota di popolazione raggiunta, maggiore è l'impatto, maggiore è la ricaduta di salute attesa.

Gli indicatori di impatto sono tratti dal modello delle Performance di Regione Lombardia applicato alla Promozione della Salute. Nello specifico, gli indicatori sono:

- Numero Istituti comprensivi e Istituti scolastici aderenti alla Rete/ Numero Istituti comprensivi e Istituti scolastici totali della Lombardia;
- Numero studenti 6 - 14 anni coinvolti/ Numero studenti 6-14 anni presenti nelle scuole lombarde;
- Numero studenti 15 - 18 anni coinvolti/ Numero studenti 15 - 18 anni presenti nelle scuole lombarde.

L'indice è calcolato in base al rapporto tra il numeratore (inserito da ogni ATS e relativo all'annualità oggetto di rendicontazione) e il denominatore che è fissato da Regione Lombardia e si riferisce alla popolazione target potenziale di un certo territorio.

I dati ufficiali riferiti a ciascun indicatore, tratti dai dati delle Survey Stili di Vita 2020, sono i seguenti⁷⁷:

- il numero di Istituti comprensivi e Istituti scolastici aderenti alla Rete è pari a 526 (46%) sul totale di 1.149 Istituti comprensivi e Istituti scolastici della Lombardia;
- il numero di studenti di 6 – 14 anni coinvolti è pari a 304.417 (ovvero il 44,8%) sul totale di 680.100 studenti di questa fascia d'età presente nelle scuole lombarde;
- il numero di studenti di 15-18 anni coinvolti è pari a 174.088 (ovvero il 45%) sul totale di 386.862 studenti di questa fascia d'età presenti nelle scuole lombarde.

Per il dettaglio sull'analisi dei dati, si rimanda alla scheda di valutazione e monitoraggio.

Appropriatezza: diffusione di pratiche raccomandate

Nella Carta di Iseo sono indicati i criteri per la realizzazione di pratiche raccomandate (analisi del contesto, obiettivi, valutazione, comunicazione, documentazione, trasferibilità, sostenibilità, alleanze), la cui diffusione è misurata attraverso il seguente indicatore:

- n. Istituti scolastici aderenti alla Rete che hanno attuato almeno 1 "pratica raccomandata" nell'anno osservato/n. Istituti scolastici aderenti alla Rete nei due anni precedenti

Come anticipato, la ricognizione e l'analisi sistematica delle buone pratiche concretamente sviluppate all'interno delle Rete SPS Lombardia sono state effettuate dal gruppo regionale "Buone pratiche"⁷⁸.

La modalità di analisi delle pratiche si è ispirata ai contenuti del documento "Buone Pratiche cercasi", pubblicato dal Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (in particolare, è stata adottata una versione semplificata della "griglia per la valutazione delle buone pratiche".

La valutazione delle esperienze raccolte come "Buona pratica" ha tenuto conto dei seguenti elementi:

⁷⁷ Fonte: Survey Stili di Vita

⁷⁸ Il gruppo era composto da 21 soggetti

- 11 provenienti dal setting Scuola (2 referenti regionali della Rete SPS e 9 tra dirigenti e insegnanti);
- 4 provenienti dall'ambito Sociosanitario (personale ASL, di cui 1 della DG Famiglia);
- 6 dell'ambito Sanitario (4 della DG Salute Regione Lombardia e 2 Asl del territorio).

- il chiaro riferimento alla collaborazione e all'alleanza di tutte le risorse interne alla scuola (studenti, docenti, dirigenti e personale della scuola, famiglie) e a quelle del territorio;
- la rilevazione di informazioni e/o l'intervento mirato alla modifica delle abitudini e dello stato di salute;
- il perseguimento di obiettivi di cambiamento nell'ambiente organizzativo e strutturale della scuola;
- l'attenzione all'applicazione del principio di equità, attraverso azioni tese all'inclusione degli alunni con bisogni speciali e il contrasto alle disuguaglianze.

Questo lavoro ha portato all'identificazione di 137 pratiche promettenti, candidabili a "Buona pratica", che sono state poi raggruppate in base al contenuto. Di queste 137 pratiche, fanno parte anche le attività di *Pedibus*, di LST e *Unplugged*, considerate già buone pratiche perché promosse direttamente dal SSR e dalla Rete SPS Lombardia. L'ulteriore approfondimento delle caratteristiche delle pratiche selezionate ha presentato alcune difficoltà, dovute in particolare alla gestione del processo di raccolta del materiale, che avrebbe necessitato di una più precisa definizione dei contenuti, degli obiettivi e dei tempi per lo svolgimento delle analisi. I risultati sono stati discussi e condivisi in plenaria dal gruppo di analisti; successivamente sono stati sintetizzati e presentati nel report "Verso le buone pratiche" (allegato N).

Inoltre, attraverso la Survey Stili di Vita di Regione Lombardia, è possibile rilevare la diffusione nella rete di alcune pratiche raccomandate. Di seguito gli ultimi dati sull'implementazione dei programmi nelle scuole primarie appartenenti alla rete SPS (dati 2019):

	SCUOLE SPS
Capitolato mensa con offerta (esclusiva o prevalente) di pane a basso contenuto di sale	67%
Capitolato mensa con offerta esclusiva di sale iodato	67%
Scuole primarie con pedibus attivi	32%
Presenza policy formalizzata sul fumo di tabacco	14%

Sostenibilità

Sistematicità, costanza e partecipazione nell'impegno per almeno 5-7 anni sono requisiti indispensabili per ottenere buoni risultati.

A tal proposito, la Rete SPS Lombardia assume il compito e l'impegno di riconoscere, diffondere e attingere a tutte le opportunità che il sistema regionale rende disponibili in termini di collaborazioni e risorse (economiche, strumentali e umane), per poi definire e coordinare la loro distribuzione e attivazione, anche attraverso il supporto degli organi costituiti per la declinazione e rappresentanza della Rete a livello locale (Scuole capofila e Assemblee provinciali).

Per quanto riguarda la sostenibilità e il rafforzamento della Rete, il senso di appartenenza, la condivisione della *mission* e la partecipazione ne costituiscono aspetti fondamentali. È anche per questo motivo che, sin dalle sue prime fasi di avvio, si sono realizzati interventi di formazione, confronto ed elaborazione delle questioni relative alla promozione della salute e delle esperienze sviluppate a livello locale.

La funzione di verifica e monitoraggio dello stato di avanzamento del processo di Rete nel suo complesso e delle attività programmate all'interno delle reti provinciali è esercitata dal Coordinamento regionale, le cui riunioni sono convocate due volte all'anno. Similmente, l'Assemblea provinciale ha il compito di verificare periodicamente lo stato di avanzamento del processo di rete sul territorio provinciale e delle attività programmate all'interno delle Istituzioni scolastiche aderenti (Accordo di Rete 2019, allegato E). Elementi da considerare per questa attività sono: lo scambio di informazioni (*networking*); il coordinamento tra azioni separate; la cooperazione su azioni comuni; la realizzazione di collaborazioni/partnership.

Ancora, il rafforzamento della Rete è un processo che si alimenta tramite gli incontri di coordinamento previsti a livello regionale e provinciale, come pure attraverso l'organizzazione dei meeting regionali della Rete SPS, giunti oggi alla terza edizione, che rendono conto della collaborazione fra scuola, sistema sociosanitario ed enti locali e della *governance* condivisa.

A livello di singola realtà scolastica, la sostenibilità dei programmi/azioni è osservabile dal grado di "assunzione di titolarità" di ciascun istituto nello sviluppare il processo di promozione della salute quale

elemento "strutturale" della propria policy. A questo livello, il gruppo di lavoro interno all'istituto ha, tra gli altri compiti, quelli di raccogliere i dati di verifica rispetto alle attività realizzate e di documentare annualmente le azioni intraprese, utilizzando gli strumenti predisposti dalla Rete, tra cui il Profilo di salute e il piano di miglioramento.

L'alleanza e il coinvolgimento di tutte le risorse interne alla scuola (studenti, docenti, dirigenti e personale, famiglie) e di quelle esterne, derivanti dal territorio, vanno a costituire e, gradatamente, a rinforzare una base che sostiene gli obiettivi di promozione della salute, non solo da un punto di vista operativo e organizzativo, ma anche culturale. Questa partita si è giocata (e tuttora si gioca) molto a livello di reti locali e di rispettive scuole capofila: a seguito della sottoscrizione del primo Accordo di Rete e del graduale, ma costante ingresso di nuovi Istituti, esse si sono dotate di una molteplicità di strumenti volti a migliorare la loro funzionalità e a favorire un loro maggior radicamento territoriale (ad esempio, gruppi di lavoro intersettoriali, partnership territoriali, interventi di formazione e meeting regionali). Per quanto riguarda le partnership territoriali, i rapporti con i servizi sociosanitari sono stati pianificati secondo una logica di regolarità strutturale e temporale in tutte le realtà: le ATS (ex ASL) prendono infatti parte con propri operatori al tavolo di coordinamento provinciale che sovrintende l'operato delle Istituzioni scolastiche, di concerto con i rappresentanti dell'UST e della Scuola capofila provinciale.

Indicatori sullo sviluppo delle azioni da parte delle singole Istituzioni scolastiche

Punti di forza, Aree di miglioramento e Priorità di intervento: il Profilo di salute

L'adesione alla Rete SPS Lombardia prevede che le Istituzioni scolastiche attivino, entro il primo anno scolastico dall'iscrizione formale, un processo di auto-analisi della propria realtà, in relazione ai determinanti di salute, al fine di descrivere, documentare e monitorare i processi di cambiamento in tema di salute che esse riescono a sviluppare e definire il proprio Profilo di salute.

Il Profilo di salute della scuola permette una lettura della realtà scolastica con strumenti quantitativi e qualitativi, con informazioni su:

- contesto formativo (programmi, metodologie);
- contesto fisico-ambientale (condizioni strutturali, sicurezza);
- contesto organizzativo (procedure, strumenti, servizi offerti);
- contesto relazionale (accoglienza, comunicazione interna, rapporti con le famiglie, rapporti con il territorio);
- contesto socio-culturale (valori, credenze, tradizioni ecc.);
- contesto "sanitario" (dati epidemiologici, sociosanitari ecc.).

Ogni Istituto scolastico della Rete SPS Lombardia può accedere al Profilo di Salute con un accesso dedicato⁷⁹. Il Profilo di salute, rivisto alla luce della sua correlazione con il RAV, guida la riflessione della scuola sulle proprie pratiche attraverso la proposta di un Questionario di autovalutazione, che comprende quattro criteri di qualità, corrispondenti ai processi fondanti la promozione della salute secondo l'approccio globale: sviluppo delle competenze individuali; qualificazione dell'ambiente sociale; costruzione di alleanze positive (allegato R). La raccolta e l'analisi dei dati, necessarie per la compilazione del questionario, presuppongono di fatto un approccio partecipativo, che coinvolge tutte le componenti della comunità scolastica e non.

Ciascun criterio si compone di una serie di sotto-criteri/indicatori, declinati attraverso una rubrica autovalutativa misurata su una scala a 5 livelli⁸⁰, del tutto analoga a quanto le scuole ritrovano nel RAV, e che evidenzia anche la corrispondenza con la scala predisposta per la prima versione del Profilo di salute, al fine di riconsiderare il percorso già svolto dagli Istituti già aderenti alla Rete SPS Lombardia.

Al termine di ciascuna area, è presente un campo di testo aperto, intitolato "Motivazione del giudizio assegnato". In questo spazio, si richiede alla scuola di argomentare il motivo per cui ha assegnato un

79 Accesso tramite il sito <http://www.scuolapromuovesalute.it/>

80 La scala dei livelli per la valutazione della situazione della scuola ha la seguente struttura: 1. Critica; 2. Con qualche criticità; 3. Positiva; 4. Molto positiva; 5. Eccellente.

determinato livello di giudizio nella scala di valutazione, indicando i fattori o gli elementi che hanno determinato la collocazione della scuola in uno specifico livello della scala.

Al termine della compilazione, il sistema calcola un punteggio complessivo d'istituto. È possibile effettuare un confronto tra Istituti per ordine, per area strategica e per singola azione e visualizzare i propri risultati, anche attraverso radar e grafici; è inoltre possibile paragonarsi geograficamente e storicamente all'interno della stessa realtà scolastica in più annualità.

Il Profilo di salute, rielaborato automaticamente dal sistema in formato *word* o mediante tabelle e rappresentazioni grafiche, può essere scaricato e utilizzato per implementare e documentare il Piano Triennale dell'Offerta Formativa di Istituto e il RAV.

Grazie al Profilo di salute, la scuola ha modo di:

- esaminare i **Punti di forza** e le **Aree da migliorare**, per evidenziarne la rilevanza;
- effettuare un'analisi trasversale, ricercando collegamenti e coerenze;
- verificare le **Aree da migliorare ricorrenti**, cioè quelle affini e ripetute nelle diverse strategie analizzate, comuni a più processi;
- individuare le **Aree da migliorare strategiche**, ovvero quelle che, pur evidenziate in una sola strategia, sono rilevanti, perché hanno un potenziale impatto sulle politiche e strategie dell'amministrazione;
- identificare le **Aree da migliorare più operative**, che, seppur collegate a un solo determinato processo della scuola, sono più facilmente realizzabili.

La Dirigenza e il gruppo di lavoro per l'autovalutazione⁸¹ potranno quindi definire le **Priorità** di intervento, vale a dire gli obiettivi generali da realizzare nel lungo periodo attraverso l'azione di miglioramento.

Per ciascuna Priorità, devono essere articolati il relativo **Traguardo**, ovvero il risultato a lungo termine atteso, e gli **Obiettivi di processo**, che comprendono la definizione operativa delle attività su cui si intende agire nel breve periodo.

Gli esiti finali, lasciati all'autonomia responsabile di ciascun Istituto scolastico nella loro concreta articolazione, sono ascrivibili ai quattro obiettivi e aree di intervento dell'approccio globale:

- successo formativo di ogni alunno,
- cura dell'ambiente di apprendimento, che riguarda sia la dimensione materiale e organizzativa (gestione degli spazi, delle attrezzature, degli orari e dei tempi), sia la dimensione didattica (diffusione di metodologie didattiche innovative), sia infine la dimensione relazionale (attenzione allo sviluppo di un clima di apprendimento positivo e trasmissione di regole di comportamento condivise);
- ruolo propositivo della scuola nella promozione di politiche formative territoriali e nella capacità di proporsi come partner strategico di reti territoriali e di coordinare i diversi soggetti che hanno responsabilità per le politiche dell'istruzione nel territorio.

Nell'anno scolastico 2017/2018, i questionari restituiti dagli Istituti scolastici della Rete sono stati 118, di cui 96 compilati da Istituti statali e 22 da Istituti paritari.

Nel complesso, il Profilo di salute consente alle Istituzioni scolastiche di raccogliere tutti gli aspetti relativi alle criticità e ai punti di forza formulati, per mezzo di informazioni di tipo sia quantitativo che qualitativo, guidandole nell'individuare risposte adeguate ai bisogni più evidenti e nell'impostare, secondo una logica di pertinenza e coerenza al Modello, il piano di miglioramento.

81 Il Gruppo di lavoro per la stesura del Profilo di salute è composto da: il Dirigente scolastico; il genitore Presidente del Consiglio d'Istituto; i due Rappresentanti degli studenti del Cdl (solo nella scuola secondaria di II grado); i collaboratori del Dirigente scolastico; i responsabili dei plessi scolastici; il referente responsabile, all'interno dell'Istituto, della Promozione della Salute; il DSGA; i docenti incaricati di Funzione Strumentale; il Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza; i referenti di ATS.

PRINCIPI E VALORI

Equità

La realizzazione della Rete SPS Lombardia è lo strumento che è stato ritenuto più efficace, in linea con il Modello europeo SHE, per impostare un programma sostenibile e che sia vettore/diffusore di buone pratiche. La costituzione e la formalizzazione di una rete tra le singole Istituzioni scolastiche ha l'obiettivo di trasformare la promozione della salute in un sistema formale e organizzato, superando la logica di iniziative isolate realizzate dai singoli Istituti. In questo modo, si valorizzano e si capitalizzano le esperienze, coinvolgendo sempre più realtà che autonomamente non avrebbero adottato tali pratiche, ampliando il numero dei destinatari che hanno così la possibilità di godere di interventi di promozione della salute. Il carattere universalistico della Scuola permette quindi alla Rete SPS Lombardia il raggiungimento delle realtà locali più svantaggiate.

- *Equità.* La "Scuola che Promuove Salute" offre a tutti/e l'accesso equo a un'ampia gamma di opportunità educative e di salute, favorendo lo sviluppo di competenze e la crescita emozionale e sociale di ogni individuo, finalizzate all'ottenimento nel lungo termine di un impatto significativo rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di salute e al miglioramento della qualità dell'apprendimento lungo tutto il ciclo di studi;
- *Inclusione.* La "Scuola che Promuove Salute" riconosce e valorizza le diversità e si preoccupa di costruire una comunità di apprendimento in cui tutti possano godere della fiducia e del rispetto reciproco. Per questo motivo s'impegna a favorire buone relazioni degli alunni fra di loro, con il personale scolastico e tra scuola, genitori e comunità locale.

Allo stesso modo, la natura e il modo di agire della Rete contribuiscono più facilmente allo sviluppo e alla diffusione della cultura della promozione della salute e della sensibilità al ruolo dell'educazione nel contrasto delle disuguaglianze, sostenendo l'assunzione di responsabilità in questa direzione ai diversi ruoli e livelli della comunità scolastica e della società civile.

La costituzione della Rete e, specialmente, delle sue articolazioni a livello locale, è inoltre finalizzata all'implementazione di progettualità specifiche, con particolare attenzione a situazioni di maggior emergenza educativa, che riguardano, da una parte, le scuole che raccolgono una popolazione studentesca più a rischio e svantaggiata, dall'altra, fenomeni la cui diffusione è trasversale alla tipologia di istituto scolastico e che riflettono comunque condizioni complesse e/o di disagio sociale e relazionale, come la disabilità, il bullismo, le diverse forme di dipendenza e di devianza.

Tra i programmi realizzati negli Istituti aderenti alla Rete SPS Lombardia, sono stati numerosi quelli dedicati alla formazione e promozione dell'inclusione sociale di categorie di studenti con disabilità e altre forme di disagio o fragilità sociale. Alcuni temi affrontati a questo proposito sono stati quelli della didattica per i disturbi specifici dell'apprendimento e per i bisogni educativi speciali, della legalità, delle relazioni interculturali, delle pari opportunità.

Partecipazione ed *empowerment*

Partecipazione ed *empowerment* rappresentano elementi caratteristici della Rete SPS Lombardia. L'adesione volontaria, gli organi di coordinamento, lo sviluppo e la realizzazione delle attività è affidata direttamente alle Istituzioni scolastiche che rappresentano i destinatari intermedi e, contemporaneamente, gli attori protagonisti che rendono possibile la declinazione delle azioni nei contesti locali, la cui ricaduta finale riguarda, pertanto, non solo la popolazione che frequenta l'ambiente scolastico, ma anche le famiglie e, più in generale, il territorio e la comunità sociale.

Lo stesso percorso di sviluppo della Rete ha visto il coinvolgimento degli Istituti scolastici che vi hanno aderito per primi nella costruzione e sottoscrizione partecipate della Carta d'Iseo.

Gli Istituti scolastici che compongono la Rete sono suddivisi per ambiti provinciali, ciascuno dei quali individua una Scuola capofila, con compiti di coordinamento e monitoraggio delle attività programmate.

A sua volta, ciascuna scuola individua un gruppo di lavoro interno

Nello specifico, la Rete SPS Lombardia contribuisce a favorire la partecipazione e *l'empowerment* a livello di:

1. sistema scolastico: la collaborazione alla pari tra Scuola e Servizi Socio-sanitari rappresenta il risultato di un lungo processo condiviso attraverso in cui l'Istituzione scolastica (e contemporaneamente i Servizi Socio-sanitari) ha maturato una maggiore consapevolezza del proprio mandato, delle proprie competenze, dei propri punti di forza e dei propri limiti. In seguito a questo, la Rete ha sancito che la titolarità della Promozione della salute a scuola è dell'Istituzione scolastica e non più "delegata" ai Servizi, che rappresentano un partner con cui collaborare, che accompagna parte del processo e svolge un ruolo di sostegno e consulenza per allineare i rispettivi mandati;
2. singole Istituzioni scolastiche: ogni scuola aderente è invitata a adottare il Modello al suo interno. Da questo punto di vista, il ruolo della Rete si colloca a livello di sistema, costituendo il contesto (normativo e culturale) affinché ogni Istituto sia in grado di sviluppare in autonomia il suo essere "Scuola che Promuove Salute". In termini pratici, la Rete assume una funzione di guida, fornisce gli strumenti e gli esempi a cui ispirarsi, rendendo possibili il confronto e il sostegno reciproci e, quindi, l'opportunità di crescita e di miglioramento continui;
3. gruppi di appartenenza (insegnanti, personale non docente, studenti, genitori, ecc.): il ruolo attivo ricoperto da parte di ogni categoria della comunità scolastica nella realizzazione di un contesto che favorisca salute e benessere fornisce l'occasione per evidenziare risorse da sviluppare e difficoltà da affrontare. Questo aiuta ogni categoria professionale (e non professionale) a prendere coscienza delle proprie potenzialità e dei propri bisogni, ponendoli nella condizione di mettere a fuoco strumenti e processi per raggiungerli (anche trasversalmente tra diverse realtà scolastiche);
4. del singolo individuo: tutti i programmi e le azioni attivate all'interno della Scuola mirano a sviluppare *empowerment* nei singoli.

ALLEGATI

- A. Piano di azione regionale 2012-2013
- B. Protocollo per la somministrazione di farmaci a scuola
- C. Protocollo di intesa
- D. Accordo di rete 2012
- E. Accordo di rete 2019
- F. Innovative practice book_SHE
- G. Risoluzione di Vilnius 2009
- H. Carta di Iseo 2013
- I. Modello SPS e Coronavirus Luglio 2020
- L. DGR 3736/2020 CCM WAHPS
- M. Profilo di salute
- N. Verso le buone pratiche
- O. La scuola che fa bene Ebook
- P. SHE Manuale Ita
- Q. SHE School Manual 2019
- R. Questionario profilo di salute
- S. Documento di progetto Rete SPS
- T. Documento di valutazione e monitoraggio Rete SPS

