



Programma 2: A scuola.... di salute

OBIETTIVI CENTRALI

1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica e alcol) nella popolazione giovanile e adulta (**azioni nn.1,2,3,4,5**)

3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione di processi di empowerment personali e sociali (**azione n.6**)

3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale (**azione n.6**)

4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui (**azione n.5**)

7.6 Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori (**azione n.7**)

8.11 Sensibilizzare la percezione sul corretto uso della telefonia cellulare (**azione n.8**)

8.12 Interventi alla popolazione in particolare ai giovani e giovanissimi sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV (**azione n.9**).

RAZIONALE E QUADRO EPIDEMIOLOGICO

L'esperienza scolastica può contribuire in modo sostanziale e insostituibile alla salute degli studenti e al loro benessere. Tale assunto è stato al centro di numerose iniziative da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dell'UNICEF, dell'UNESCO, dei *Centers for Disease Control and Prevention* degli Stati Uniti (CDCs), della *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE). Un ampio spettro di strategie sono state codificate negli ultimi venticinque anni - tra cui la più nota è la *Health Promoting School*. Tutte hanno in comune il concetto che le scuole sono efficaci quali ambienti per promuovere la salute nella misura in cui esse sono "in salute" come organizzazioni di per sé, cioè se risulta orientato alla salute e al benessere ogni aspetto della vita scolastica, dalle politiche scolastiche, all'ambiente fisico e sociale, dai metodi e programmi di insegnamento-apprendimento alle relazioni con la comunità e il territorio dove la scuola è inserita, fino alla creazione di collaborazioni costruttive con i Servizi Sanitari e Sociali. Questo è il concetto *comprehensive* (globale) di Scuola Promotrice di salute (*Health Promoting School – HPS*) nella cui ottica è necessario fare di più che offrire programmi di educazione sanitaria slegati dal resto dell'esperienza scolastica e della crescita psico-sociale. [WHO 1997, IUHPE 2011]

Tra gli obiettivi della HPS e le evidenze sugli ambiti di efficacia: Salute mentale, Attività Fisica, Alimentazione, Prevenzione dei comportamenti d'abuso, Promozione del benessere scolastico, Integrazione Scuola-comunità, Disuguaglianze sociali [IUPHE 2010].

Si tratta di aree d'azione ampiamente giustificate dalle statistiche e dai dati epidemiologici riferibili alle diverse fasce di età (scuola dell'infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di primo e secondo grado), in parte, resi disponibili dall'attività di sorveglianza del "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" del CCM - Ministero della Salute e, in parte, rilevabili dai dati di letteratura scientifica.

Nel 2014, la popolazione residente in Abruzzo della fascia di età scolastica e prescolastica ammontava, in numero assoluto, a 34.768 bambini di età 3-5 anni, 68.961 bambini di 6-11 anni, 96.228 adolescenti e giovani adulti di 12-19 anni, tra i quali la proporzione di residenti stranieri è risultata pari, rispettivamente, al 9.7 %, 7.9 % e 6.7 %. Evidentemente il carico di disuguaglianze di salute, legate al fenomeno dell'immigrazione, sta andando crescendo nel tempo, come dimostra il cambiamento nella struttura demografica della popolazione abruzzese corrispondente ai successivi livelli di istruzione.

STILE DI VITA E SALUTE IN ETÀ PRE-SCOLARE. Non ci sono dati regionali riferibili allo stato di salute dei bambini in età prescolare abruzzese, ma un recente studio condotto nel setting ambulatoriale pediatrico su oltre 25.000 bambini delle Regioni Friuli Venezia Giulia, Toscana e Puglia illustra un quadro preoccupante sull'emergenza precoce di fattori di rischio già prima dei sei anni di vita rispetto allo stato ponderale e alle abitudini alimentari e motorie. In particolare:

- si evidenzia uno stato di sovrappeso rispetto agli standard internazionali di riferimento già a partire dagli 8-9 mesi per tutto il resto delle fasce di età;

- solo l'8% dei bambini di 3 anni (36 mesi) e il 10% dei bambini tra i 5 e i 6 anni (60 – 72 mesi) consumano le cinque porzioni di frutta e verdura quotidiane raccomandate, mentre nelle stesse fasce di età, rispettivamente il 47% e il 51% consumano bevande zuccherate;
- tra i 5 e i 6 anni di età meno del 10% dei bambini svolgono minimo un'ora di attività fisica almeno moderata per 5-7 giorni alla settimana e il 32% guardano la TV o giocano ai videogiochi per più di due ore al giorno, tutti i giorni [Carletti et al, 2013].

STILE DI VITA E SALUTE IN ETÀ SCOLARE. Lo stato di salute dei bambini in età scolare è oggetto di sorveglianza epidemiologica attraverso l'indagine “OKkio alla Salute”, e nella rilevazione relativa all'anno 2014 è emerso che, in Abruzzo:

- riguardo allo *stato ponderale*, complessivamente il 38.6% dei bambini misurati nell'indagine (età rappresentata 8-9 anni) presenta un eccesso ponderale che comprende sia obesità che sovrappeso e tale prevalenza si colloca al di sopra della media nazionale anche se in leggero calo rispetto alla rilevazione precedente del 2012 (40.4%); l'eccesso ponderale risulta, poi, associato statisticamente con il livello socio economico dei genitori (in senso inverso) e con lo stato ponderale di questi (in senso diretto);
- riguardo alle *abitudini alimentari*, il 32.0% dei bambini non fa una prima colazione qualitativamente adeguata e il 6.9% non la fa affatto, il 33.4% mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, il 60.4% mangia verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, il 35.8% una o più volte al giorno bevande zuccherate; le abitudini errate rispetto alla prima colazione, al consumo di verdura e di bevande zuccherate, risultano associate in senso inverso al titolo di studio della madre;
- riguardo all'*attività fisica*, si stima che un bambino su quattro risulta fisicamente ‘inattivo’, maggiormente le femmine rispetto ai maschi e poco più di un bambino su dieci ha un livello di attività pari a quello raccomandato per la sua età e meno di uno su cinque si reca a scuola a piedi o in bicicletta;
- riguardo alle *attività sedentarie*, circa un terzo dei bambini è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi dalle 3 alle 4 ore e il 7% addirittura per almeno 5 ore;
- riguardo al livello di *consapevolezza delle famiglie*, l'indagine rileva una percezione distorta poiché è molto diffusa nelle madri (una su tre) di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale dei proprio figlio che non coincide con la misura rilevata, oltre al fatto che i genitori dei bambini sovrappeso/obesi non valutano correttamente in molti casi la quantità di cibo assunta dai propri figli; allo stesso modo un genitore su tre valuta in modo distorto l'adeguatezza dell'attività fisica svolta dal proprio figlio [Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2014].

STILE DI VITA E SALUTE IN ETÀ ADOLESCENZIALE. Lo stato di salute dei ragazzi in età adolescenziale può essere descritto dal punto di vista epidemiologico sulla base dei dati dell'indagine “*Health Behaviours in School Children – HBSC*” relativa all'anno 2010, dalla quale è emerso che, in Abruzzo:

- riguardo al *benessere percepito* circa un quinto dei ragazzi e circa un quarto delle ragazze manifesta un livello di soddisfazione ‘bassa’ per la propria vita (proporzione più alta nelle ragazze quindicenni, nelle quali è pari a quasi un terzo); circa un quinto dei ragazzi e un terzo delle ragazze dichiarano di soffrire di due o più sintomi di cattiva salute (tra mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, irritabili o di cattivo umore, nervoso) più di una volta alla settimana; il 45% dei ragazzi e il 65% delle ragazze dichiarano che hanno assunto farmaci almeno una volta nell'ultimo mese;
- riguardo al *contexto socio-affettivo familiare e scolastico* oltre la metà dei quindicenni ha difficoltà di dialogo con il padre e circa un quarto con la madre (tali proporzioni, tuttavia risultano più contenute nelle fasce di età più giovani, undicenni e tredicenni); oltre la metà dei quindicenni dichiara di non sentirsi trattato in modo giusto dagli insegnanti (nelle ragazze tale proporzione raggiunge quasi i due terzi); il 20% delle ragazze e il 9% dei ragazzi undicenni dichiarano di aver subito atti di bullismo negli ultimi due mesi prima della rilevazione; meno

del 10% dei ragazzi dai tredici anni in su dichiara che la scuola piaccia loro ‘molto’ e circa la metà di loro si sentono ‘stressati’ dalla scuola;

- riguardo allo *stato nutrizionale, ai comportamenti alimentari, all'attività fisica e comportamenti sedentari* sulla base delle misure di peso e statura dichiarate, il 18.8% degli adolescenti risulta in sovrappeso e il 3.3% è obeso: tali prevalenze risultano più elevate nei maschi e nei più giovani e complessivamente più elevate rispetto al dato nazionale; solo la metà degli adolescenti abruzzesi consuma frutta almeno una volta al giorno e meno di un quinto la verdura, mentre circa un terzo consuma dolci e circa un quinto assume bevande zuccherate almeno una volta al giorno; la proporzione di adolescenti che raggiunge i livelli minimi di attività fisica raccomandata per l’età evolutiva (almeno un’ora di attività almeno moderata tutti i giorni) risulta estremamente bassa, tra i valori più bassi a livello nazionale: meno del 10% del campione totale e, tra le ragazze tredicenni e quindicenni, rispettivamente il 2 e il 3%; oltre la metà del campione guarda la TV per almeno 2 ore al giorno e più di un terzo del campione gioca al computer o alla playstation o simili nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno nei giorni scolastici della settimana; tra i tredicenni e i quindicenni circa la metà utilizzano il computer per chattare, navigare su internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti, nel tempo libero, ecc., per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola;
- riguardo ai *comportamenti voluttuari*, in Abruzzo, sono presenti adolescenti che dichiarano di fumare almeno una volta alla settimana fin dagli 11 anni e le proporzioni crescono con l’età, risultando maggiori nelle ragazze rispetto ai ragazzi (inversione di genere), in particolare tra i quindicenni (22% delle femmine vs 16% dei maschi); anche l’abitudine di bere alcolici almeno una volta alla settimana risulta presente già tra i preadolescenti e si amplifica nelle fasce di età successive con un valore di prevalenza pari al 35% nei maschi e 26% nelle femmine quindicenni; l’esperienza dell’ubriacatura almeno due volte nella vita viene riferita dal 6% dei maschi e dal 4% delle femmine tredicenni e, ancora di più, dal 20% dei maschi e dal 14% delle femmine quindicenni (valori più elevati della media nazionale) mentre quasi la metà dei quindicenni (il 46%) e un terzo delle quindicenni femmine (33%) dichiarano di aver fatto almeno una volta l’esperienza di binge drinking (il consumo di sei bicchieri o più di bevande alcoliche in un’unica occasione); infine, il 15% dei quindicenni (in modo omogeneo tra i due generi) ammette di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita [ISS, Rapporti ISTISAN 13/5].

TREND INVOLUTIVO DELLE CAPACITÀ MOTORIE IN ETÀ INFANTILE E ADOLESCENZIALE. Nella letteratura internazionale è stata evidenziata negli ultimi decenni una riduzione della capacità di prestazione motoria e in particolare di quella aerobica [Tomkinson, 2007]. Meno attenzione riscuotono i trend secolari involutivi delle altre capacità motorie e in particolare di quelle coordinative (es. velocità, agilità, tempo di reazione, coordinazione, equilibrio) il cui ruolo nella promozione della salute è misconosciuto [Rink, 2010]. Al contrario, gli aspetti coordinativi del movimento sono basilari nella crescita della persona e per il raggiungimento di una migliore qualità di vita [Filippone et al, 2007].

DISAGIO PSICOSOCIALE. Il Piano nazionale di azioni per la Salute Mentale (PANSIM) – recepito con un Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province e le comunità Montane, Rep.Atti n.4/CU del 24/01/2013 – ha dedicato un capitolo specifico alla tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza e ha messo in evidenza alcune caratteristiche salienti, specificando aspetti peculiari connessi sia alla natura dei disturbi neuropsichiatrici in tale fascia di età che riguardo agli interventi in età evolutiva. Con decreto del Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR n.135/2014 è stato recepito detto Accordo nella Regione Abruzzo, che dovrà trovare compiuta attuazione in ambito regionale. Nella Regione Abruzzo, come nel resto del Paese, sembra che sia in aumento il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico e socio-ambientale, tanto da rendere necessari degli studi approfonditi per avere una esatta dimensione del fenomeno, che possa fornire elementi di lettura chiari, utili per comprendere le dinamiche intrinseche del trend. In tale contesto possono essere collocati i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che possono avere conseguenze molto allarmanti per la salute in età evolutiva. Alcuni studi

epidemiologici a livello internazionale hanno messo in evidenza che l'età di esordio si manifesta tra i 10 e i 30 anni, con una età media di insorgenza di 17 anni [Regione Abruzzo, Analisi di Contesto al Piano della Prevenzione 2014-2018].

Tra i pochi dati ufficiali disponibili può essere significativo il trend del tasso di dimissione per disturbi psichici in età preadulta che, nella Regione Abruzzo è salito nel periodo di osservazione tra il primo dato disponibile (anno 1999) all'ultimo (anno 2013) dal valore dell'1.09 all'1.91, aumentando del 75% e facendo collocare la Regione Abruzzo al terzo posto in Italia, dopo la Regione Lazio e Sardegna [Health for All – Italia, 2014].

I DIGITAL NATIVES. Un fenomeno emergente e rapidamente in evoluzione, è il fatto che i giovani fanno un uso massivo delle piattaforme informatiche per organizzare e vivere le loro esistenze. La parte di vita 'offline' è sottoposta a un controllo maggiore da parte dei genitori, soprattutto negli adolescenti più piccoli, mentre quella 'online' sta diventando sempre più connaturata con l'esperienza quotidiana autonoma e indipendente degli adolescenti, ben consapevoli dell'impatto duraturo e strutturato che le loro identità virtuali possono avere. I cosiddetti '*digital natives*', usano i social network in modo innato e costante, senza interruzione e in questo contesto il bullismo online è una minaccia reale. Tuttavia la tecnologia è parte integrante della vita dei giovani, essi tendono a non separare le attività 'online' e 'offline' e dunque, anche le attività educative, di prevenzione, devono tener conto di questo nuovo modello di vita e utilizzare nuovi strumenti per sfruttare tali canali di accesso [Sport England, 2014].

CARATTERISTICHE DEL SETTING SCOLASTICO.

In riferimento alle *scuole primarie*, dall'indagine di sorveglianza "OKKIO alla Salute" del 2014 emerge che:

- in poco meno della metà delle scuole campionate è presente una mensa scolastica funzionante e la definizione del menu è più frequentemente a cura di un esperto della ASL di competenza; in più della metà delle scuole, poi, vengono distribuiti ai bambini frutta, latte o yogurt nel corso della giornata e sei classi su dieci hanno partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani con Enti o Associazioni; in quattro scuole su dieci sono presenti distributori automatici di merendine o bevande zuccherate (nel 5% delle scuole di libero accesso anche ai bambini) e poco più della metà di tali distributori mette a disposizione succhi di frutta, frutta fresca e yogurt;
- in una scuola su quattro solo la metà o addirittura meno delle classi svolgono le 2 ore di attività motoria previste a causa principalmente dell'orario scolastico, della mancanza o insufficienza della palestra o della scelta del docente. Poco più di quattro scuole su dieci offrono la possibilità agli alunni di effettuare all'interno attività motoria extra-curriculare nella maggior parte dei casi durante l'orario scolastico e meno di pomeriggio o in orario di rientro; tali attività si svolgono quasi in tutte le scuole in palestra e solo in una scuola su quattro nel giardino;
- l'attività curriculare nutrizionale è prevista da circa otto scuole su dieci e la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe; nella quasi totalità delle scuole, poi, sono state realizzate attività finalizzate al rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria, come il coinvolgimento di un esperto esterno, la valutazione delle abilità motorie dei bambini, lo sviluppo di un curriculum strutturato e la formazione degli insegnanti;
- poco più di sei scuole su dieci hanno a disposizione nel plesso una palestra e/o un cortile; otto su dieci parchi gioco o spazi aperti ne hanno a disposizione nel plesso o nelle vicinanze [Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2014].

In riferimento alle *scuole secondarie*, dall'indagine di sorveglianza "HBSC" del 2010 sono state monitorate, secondo quanto riferito dai dirigenti scolastici, le misure messe in campo per la promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere:

- i dati nazionali fanno emergere che nelle scuole secondarie italiane l'implementazione di programmi per la prevenzione è assente o saltuaria in cinque scuole su dieci riguardo al tema dell'uso di sostanze e della violenza/bullismo, in quattro scuole su dieci rispetto al tema della

nutrizione e dell'alimentazione e in due su dieci rispetto al tema dell'attività fisica e dello sport;

- per quanto concerne le attività associate alla nutrizione soltanto una scuola italiana su dieci adotta programmi che prevedono la distribuzione agli studenti di alimenti salutari, quali latte, frutta, yogurt e, in particolare, per la Regione Abruzzo, tali programmi sono pressoché assenti ed è emerso come quasi sei istituti abruzzesi su dieci dispongano di distributori automatici i quali tendenzialmente offrono tipologie di alimenti poco salubri;
- in circa la metà delle scuole secondarie italiane, gli studenti vengono coinvolti nello sviluppo di misure di promozione della salute, nella pianificazione e organizzazione di eventi scolastici e nell'insegnamento in classe e in poco meno di quattro scuole su dieci nelle attività di organizzazione del contesto fisico della scuola [ISS-HBSC 2013].

CONTINUITÀ E SVILUPPO CON IL PRECEDENTE PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Il presente Programma si pone in chiara continuità con il precedente Piano Regionale della Prevenzione ispirato e strutturato sulla base del Programma europeo ‘Guadagnare Salute’ - Promuovere stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini’. Esso è stato recepito in Italia con l’approvazione del Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e ha dato avvio a un’modalità operativa nuova, più attenta alle problematiche specifiche e alle ripercussioni educative e formative nei Piani dell’Offerta Formativa scolastici, il cui avvio può essere individuato formalmente nella Circolare congiunta MIUR/ Ministero della Salute del 5 luglio 2007.

La Regione Abruzzo, da lì, ha iniziato a partecipare insieme alle altre Regioni, a un lento percorso di collaborazione tra istituzioni diverse le cui basi sono state poste nella formazione centralizzata, svoltasi a Torino nel 2010, che ha previsto la partecipazione congiunta dei referenti degli Assessorati regionali alla Sanità, dei referenti territoriali ASL e degli Uffici scolastici regionali e provinciali. Successivamente, è stato attivato un Tavolo di Lavoro Regionale ed è stato realizzato il monitoraggio delle precedenti azioni di educazione alla salute sulle scuole di ogni ordine e grado: sono emersi alcuni aspetti critici come la frammentarietà di molti interventi; l’insufficiente comunicazione di ritorno sui risultati conseguiti; la carente implementazione di buone pratiche; la grande difficoltà di giungere a una valutazione funzionale dei progetti e l’episodicità che li caratterizza.

A partire dall’anno scolastico 2010/11 sono stati realizzati progetti di validità sperimentata e proposti a livello centrale nell’ambito del programma Guadagnare salute in adolescenza: ‘Quadrifoglio’ per l’educazione alimentare nei bambini di 5/10 anni; ‘Unplugged’, per l’attivazione di *life skills* contro l’uso di fumo, alcol, sostanze psicotrope, dedicato principalmente a ragazzi pre-adolescenti; ‘Peer to peer – Salute mentale’ per implementare e rafforzare le *life skills* dei ragazzi in un momento cruciale dell’età evolutiva, dedicato agli allievi delle scuole secondarie di primo grado e primo biennio di secondo grado; ‘Peer to peer - Prevenzione delle patologie sessualmente trasmesse’, per un’educazione affettiva ed emotiva corretta, dedicato agli allievi delle scuole secondarie di II grado; ‘Insieme per la sicurezza: moltiplichiamo le azioni preventive’ per l’educazione alla sicurezza, anche stradale, dedicato agli alunni delle scuole secondarie di I e di II grado.

Nelle annualità seguenti, il pacchetto di percorsi progettuali proposti ha subito variazioni, in seguito a quanto emerso dalle istituzioni scolastiche e in conseguenza delle variazioni nel team degli esperti sanitari. Alcune proposte sono state interrotte nel periodo e ne sono state realizzate altre come ‘Promozione di una corretta igiene orale e prevenzione della carie in età scolare’, ‘Respiro libero’ per la conoscenza e la prevenzione delle allergie ambientali e dell’apparato respiratorio, destinato agli adulti nelle scuole, poi, a cascata, agli alunni; ‘Movimentiamoci’ per l’educazione motoria nella scuola primaria, strettamente connesso con ‘Comportamenti alimentari’: la particolarità di questo progetto è stata la collaborazione con le Facoltà di Scienze Motorie delle Università dell’Aquila e di Chieti, con la formazione dei docenti in Facoltà e l’intervento di laureati nelle classi di scuola primaria, in compresenza “tutoring” dei docenti appena formati.

La partecipazione numerica delle scuole è stata notevole e distribuita su tutte le province e su tutte le proposte progettuali con diversi livelli di omogeneità. Tuttavia sono da riconsiderare alcune dimensioni che nel tempo sono cambiate, a cominciare dal turn over dei referenti ASL e di quelli presso gli Uffici scolastici, con drastica riduzione nel numero degli addetti. Un altro aspetto, che va sicuramente



rinnovato, è quello della co-progettazione, che risente del tempo trascorso, ma anche di cambiamenti nello scenario sociale. Si deve tenere conto, ancora, della progressiva abilità e della competenza maturate dalle istituzioni scolastiche nel lavoro in rete, mentre rimane sempre attuale il bisogno di formazione o ri-formazione da parte dei docenti [Carraro, 2014].

A completamento di quanto esposto sulle attività del triennio precedente, va riconosciuto che, a tutt'oggi è stata assente l'implementazione dell'approccio globale alla base del concetto di "Scuola Promotrice di Salute", nonostante la presenza sul territorio di istituzioni (Università dell'Aquila) ed esperienze sporadiche di formazione. È necessario colmare il gap rispetto ad altre realtà nazionali ed europee al fine di armonizzare le singole azioni (stile di vita, prevenzione del disagio mentale e sociale, sicurezza, marketing) che solo in un approccio di setting hanno possibilità di risonanza, sviluppo e sostenibilità.

A livello internazionale, sono numerose le esperienze in molti paesi europei ed extra-europei che hanno costruito percorsi di adeguamento alla struttura della Scuola Promotrice di Salute. Attualmente è attivo in Europa il network *School for Health in Europe* (SHE <http://www.schools-for-health.eu/she-network>) che ha ereditato il ruolo dello *European Network of Health Promoting School* (ENHPS) creato nel 1992 Consiglio d'Europa, Commissione europea e OMS Europa. Lo SHE ha l'obiettivo di supportare le organizzazioni, le istituzioni e i professionisti per sviluppare e sostenere la scuola promotrice di salute in ciascun paese membro, fornendo una piattaforma europea. Il network è coordinato dall'istituto olandese Institute for Healthcare Improvement (CBO) che costituisce il centro di riferimento per l'OMS della strategia della Scuola Promotrice di Salute.

In Italia alcune regioni hanno messo in atto strategie concrete per la creazione di Reti locali di Scuole Promotrici di Salute, in alcuni casi connesse ufficialmente con il network europeo SHE. Tra gli esempi più avanzati si possono ricordare le reti HPS in Lombardia (<http://www.scuolapromuovesalute.it/la-rete.html>), in Piemonte (<http://www.reteshepiemonte.it/>), in Sardegna (NeSS Network Scuola e Salute <http://www.regione.sardegna.it/scuolaesalute/chi-siamo>); in Calabria (DGR n. 39 del 30/05/2008).

Durante la Conferenza Nazionale del Progetto Guadagnare Salute svoltasi il 22 – 23 ottobre 2014 a Orvieto, nella sessione dedicata alla promozione della salute nel contesto scolastico è intervenuto Goof Buijs, coordinatore del network SHE, mentre a Milano il 14 maggio 2014, è stato organizzato il primo meeting della Rete Regionale delle Scuole Promotrici di Salute della Lombardia, di cui si fa menzione sul sito dell'Istituto CBO Olandese come esempio di buona pratica (<http://www.cbo.nl/en/news/news/first-meeting-of-the-network-of-health-promoting-schools-in-lombardy>).

La complessità dei processi che devono essere messi in atto per costruire la Scuola Promotrice di Salute così come definita, presuppone la necessità di armonizzare competenze diverse, di trovare soluzioni condivise e, quindi, una ampia collaborazione tra gli *stakeholders* dei diversi settori coinvolti [IUPHE, 2013], in particolare quelli della Sanità, della Scuola e della Ricerca Scientifica, come peraltro sostenuto dal "Protocollo di Intesa tra Regione Abruzzo - Direzione Sanità e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo" relativo alle attività di Promozione ed Educazione alla salute nelle scuole, siglato con D.R. n° 811 del 5 dicembre 2014.

Nel Piano Nazionale della Prevenzione il Programma "A scuola ... di salute" è funzionale a più Macro Obiettivi, che nel Piano Regionale dell'Abruzzo sono stati organizzati secondo quanto riportato nello **Schema Sinottico n.1**.

Inoltre, lo **Schema Sinottico n.2** riassume il sistema di indicatori che è stato definito per la verifica dell'attuazione del Programma in relazione al sistema di indicatori centrali, dei quali lo **Schema Sinottico n.3** specifica quali sono quelli sentinella.

LE AZIONI DEL PROGRAMMA

Il Programma "A scuola ... di salute" si articola attraverso le seguenti **Azioni**:

- 1. RETE REGIONALE DELLE SCUOLE PROMOTRICE DI SALUTE: ISTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE**
- 2. INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLE CLASSI PRIME E SECONDE DELLA SCUOLA PRIMARIA**
- 3. SCHOOLWIDE PHYSICAL ACTIVITY. APPROCCIO ECOLOGICO PER L'INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ FISICA NEL SETTING SCOLASTICO**
- 4. SANA ALIMENTAZIONE PER UNA SCUOLA IN SALUTE**
- 5. PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE: IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA UNPLUGGED**



6. PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE IN ADOLESCENZA: **WELL-BEING IS WELL-DOING**
7. LA SCUOLA SI...CURA DEI FUTURI LAVORATORI
8. ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI A RADIOFREQUENZA. COMUNICAZIONE SUL CORRETTO USO DELLA TELEFONIA CELLULARE
9. INFORMAZIONE / FORMAZIONE SUI RISCHI DA ECCESSIVA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI UV.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Carletti C, Macaluso A, Pani P, Caroli M, Giacchi M, Montico M, Cattaneo A. Diet and physical activity in pre-school children: a pilot project for surveillance in three regions of Italy Public Health Nutrition. 2013; 16(4): 616–624.
2. Carraro I. Report delle attività su ‘Educazione alla salute, a corretti stili di vita e al benessere’. Documento interno dell’Ufficio Scolastico Regionale, L’Aquila. 2014.
3. Filippone B, Vantini C, Bellocchi M et al. Trend secolari di involuzione delle capacità motorie in età scolare. Studio Longitudinale su un campione regionale italiano. SDS – Scuola dello Sport / Rivista di cultura sportiva; 72, marzo 2007: 31-41.
4. Health for All Italia. Sistema Informativo Territoriale su Sanità e Salute. Versione dicembre 2014. <http://www.istat.it/it/archivio/14562>
5. International Union for Health Promotion and Evaluation (IUHPE). Verso una scuola che promuove salute: linee guida per la promozione della salute nelle scuole. 2° versione del documento “Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono salute”. 2011.
6. International Union for Health Promotion and Evaluation (IUHPE). Promuovere la Salute a Scuola dall’evidenza all’azione. 2010.
7. International Union for Health Promotion and Evaluation (IUHPE). Facilitare il dialogo tra il settore sanitario e quello scolastico per favorire la promozione e l’educazione alla salute nella scuola. 2013.
8. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) Statistiche Demografiche . Popolazione Residente in Abruzzo al 1° gennaio 2014. <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>
9. Istituto Superiore di Sanità. Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. A cura di Franco Cavallo, Mariano Giacchi, Alessio Vieno, Daniela Galeone, Anna Tomba, Anna Lamberti, Paola Nardone e Silvia Andreozzi 2013, vi, 128 p. Rapporti ISTISAN 13/5.
10. Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2014.
11. Regione Abruzzo, Analisi di Contesto al Piano della Prevenzione 2014-2018 <http://www.regione.abruzzo.it/portale/docs/pianoRegionalePrevenzione/analisicontestosecondaparte.pdf>
12. Rink J, Hall T, Williams L. Schoolwide Physical Activity: A Comprehensive Guide to Designing and Conducting Programs. Champaign, IL: Human Kinetics. 2010.
13. Sport England. The challenge of growing youth participation in sport. 2014
14. Tomkinson GR. Global changes in anaerobic fitness test performance of children and adolescents (1958–2003). Scand J Med Sci Sports 2007; 17: 497–507.
15. World Health Organisation. Promoting Health Through Schools. Report of WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series, 870. Geneva, 1997

AZIONE n. 1 - RETE ABRUZZESE DELLE SCUOLE PROMOTRICI DI SALUTE

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

L’azione consiste nella creazione della Rete Abruzzese delle Scuole Promotrici di Salute, presupposto essenziale per la costruzione di un *setting* di vita e di lavoro orientato globalmente alla promozione della salute dei membri dell’intera comunità scolastica, studenti, docenti, personale, famiglie in collegamento con il territorio di appartenenza.

Secondo i Principi della Scuola Promotrice di Salute individuati dalla *International Union for Health Promotion and Education*, una scuola promuove salute quando:



- promuove la salute e il benessere dei propri studenti; cerca di migliorare i risultati di apprendimento degli alunni; sostiene i concetti di giustizia sociale ed equità; fornisce un ambiente sicuro e di supporto; richiede la partecipazione e l'empowerment degli studenti; mette in relazione i problemi e i sistemi propri della sanità e dell'istruzione; affronta questioni relative alla salute e al benessere di tutto il personale scolastico; collabora con i genitori e la comunità locale; inserisce la salute nelle attività correnti della scuola, nell'offerta formativa e negli standard di valutazione; stabilisce degli obiettivi realistici sulla base di dati precisi e solide evidenze scientifiche; cerca un miglioramento continuo attraverso un monitoraggio e una valutazione costanti [IUHPE, 2011].

Sono stati individuati, poi, i seguenti 6 'elementi essenziali' per la promozione della salute nelle scuole, cioè ambiti di azione su cui concentrare le concrete attività progettuali e le modifiche funzionali all'organizzazione della vita e del lavoro quotidiani all'interno del *setting* scolastico [IUHPE, 2011]

1. Le Politiche per una scuola in salute. Queste politiche sono definite in modo chiaro in alcuni documenti o attraverso prassi condivise di promozione della salute e del benessere. Sono molte le politiche che promuovono la salute e il benessere, come ad esempio quelle che favoriscono il consumo di cibi sani all'interno della scuola o quelle che scoraggiano il bullismo.
2. L'ambiente fisico della scuola. La nozione di ambiente fisico della scuola fa riferimento agli edifici, alle aree verdi e alle attrezzature all'interno e all'esterno dell'edificio scolastico e comprende: la progettazione degli edifici, l'uso della luce naturale e delle zone d'ombra in modo appropriato, la creazione di spazi in cui praticare l'attività fisica e le strutture che permettono di imparare e di mangiare in modo sano. L'ambiente fisico fa riferimento anche alla manutenzione di base, come la cura dei servizi e delle pratiche igieniche da adottare per prevenire la diffusione delle malattie, alla disponibilità di acqua potabile e sana, alla salubrità dell'aria e all'eventuale presenza di sostanze inquinanti ambientali, biologiche o chimiche, nocive per la salute.
3. L'ambiente sociale della scuola. L'ambiente sociale della scuola è una combinazione della qualità delle relazioni tra il personale stesso, e tra il personale e gli studenti. E' influenzato dai rapporti con i genitori e con la comunità più ampia.
4. Le competenze individuali in materia di salute e la capacità di agire. Ciò si riferisce a tutte le attività (formali e informali previste nei programmi ufficiali) attraverso le quali gli studenti acquisiscono, in funzione all'età, le conoscenze, le competenze e le esperienze necessarie per sviluppare delle capacità e intraprendere delle azioni volte a migliorare la salute e il benessere, per sé come pure per gli altri membri della comunità e a migliorare anche il rendimento scolastico.
5. I Legami con la comunità. I legami con la comunità sono le relazioni tra la scuola e le famiglie degli studenti e tra la scuola e i gruppi o gli individui-chiave a livello locale. Un'adeguata consultazione e partecipazione con questi portatori di interesse rafforza la HPS e offre agli studenti e al personale un contesto ed un supporto per le loro azioni.
6. I Servizi sanitari. Si tratta di servizi locali e regionali interni alla scuola o ad essa correlati, preposti all'assistenza sanitaria e alla promozione della salute per i bambini e gli adolescenti, che forniscono servizi indirizzati agli studenti (compresi quelli con specifiche necessità). Essi comprendono: 1) Screening e valutazioni condotte da operatori qualificati; 2) Servizi per la salute mentale (incluse le consulenze) per promuovere lo sviluppo sociale ed emotivo degli studenti, per prevenire o ridurre gli ostacoli allo sviluppo intellettuale e all'apprendimento; per ridurre o prevenire lo stress e i disturbi mentali, emotivi e psicologici e migliorare le interazioni sociali per tutti gli studenti.

Operativamente la Rete sarà creata e gestita nella Regione Abruzzo da una struttura di servizio interistituzionale, l'**Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute (ORASPS)**, mediante uno staff di progetto composto da: Regione (con funzione di coordinamento), personale sanitario, scolastico e universitario..

Nel concreto si procederà alla costruzione della Rete ASPS:

- proponendo l'adesione formale a tutte le scuole del territorio regionale;
- formando dirigenti e insegnanti ai principi della *Health Promoting School*;
- applicando un sistema circolare di monitoraggio e programmazione basato su un sistema strutturato di indicatori;
- supportando le scuole nella scelta e nella supervisione dei progetti specifici;

- favorendo il collegamento tra scuole e con altri *network* (in particolare con il già citato *network* europeo *School for Health in Europe SHE*) mediante piattaforme web, incontri, news.

L'ORASPS potrà riunirsi periodicamente con il compito di raccogliere le adesioni alla Rete ASPS e connetterle al network SHE, mantenere la rete locale di collegamenti tra scuole e istituzioni, favorire l'implementazione delle azioni previste dal presente Piano Regionale della Prevenzione, individuare bisogni emergenti, proporre soluzioni e modifiche, organizzare eventi formativi, divulgativi e di condivisione, favorire la sperimentazione di azioni sul campo improntate all'*Evidence Health Promotion*.

EVIDENZE DI EFFICACIA

In linea con l'approccio più rigoroso della *Evidence Based Prevention*, una recentissima revisione Cochrane del 2015 ha dimostrato l'efficacia dell'impianto '*comprehensive*' della *Health Promoting School* nel miglioramento di alcuni aspetti della salute degli studenti. In particolare gli effetti significativi riscontrati nella metanalisi riguardano il sovrappeso, i livelli di attività fisica, la forma fisica, il consumo di frutta e verdura, il fumo di tabacco e il bullismo nelle scuole che hanno adottato la struttura HPS [Langford et al, 2015].

In più, da una sintesi dei principali risultati di studi valutativi, la IUHPE riscontra una sostanziale corrispondenza tra gli obiettivi educativi e quelli di salute di una scuola [IUHPE, 2010]:

- i risultati di salute ed educativi migliorano se la scuola utilizza l'approccio HPS per affrontare le questioni relative alla salute in un contesto educativo;
- le azioni basate su determinanti '*multipli*' di salute sono più efficaci nell'ottenere risultati di salute ed educativi, rispetto agli interventi svolti solo in classe o agli interventi su singole tematiche o determinanti;
- i fattori che incidono sull'apprendimento sono prevalentemente socio-emotivi, come ad esempio interazioni studente-insegnante e insegnante-insegnante, cultura della scuola, clima di classe, rapporti con il gruppo dei pari;
- i fattori socio-emotivi sono fondamentali per il modo in cui opera l'HPS e per come le scuole raggiungono i loro obiettivi educativi e di salute;
- un approccio globale alla scuola, in cui vi è coerenza tra le politiche della scuola e le pratiche che promuovono l'integrazione sociale e l'impegno a livello educativo, facilita realmente i risultati in termini di apprendimento, aumenta il benessere emotivo e riduce i comportamenti a rischio per la salute.

SOSTENIBILITÀ

Sulla base delle esperienze europee e regionali italiane riportate in premessa al presente Programma, è plausibile la creazione di una coesione tra diversi *stakeholders* che contribuisce all'innesto di un cambiamento di comunità.

Inoltre, vi sono molte risorse disponibili per aiutare il personale scolastico e i loro partner che lavorano nei settori della sanità e dell'istruzione a pianificare, implementare e valutare le iniziative per la salute nella scuola. Esse possono presentarsi sotto forma di linee guida basate sull'evidenza, di strumenti per la sorveglianza, di approcci valutativi, ecc. Molte di queste risorse si possono trovare sui siti web di organizzazioni internazionali e di quelle agenzie e organizzazioni nazionali e regionali (ad esempio Ministeri della salute, e dell'istruzione e organizzazioni non governative), che hanno la responsabilità di promuovere i risultati di salute ed educativi dei giovani.

Il network SHE ha reso disponibile un manuale online destinato alle scuole (direzione, insegnanti e altro personale scolastico) per la realizzazione dell'impianto della scuola promotrice di salute. Esso costituisce una guida step-by-step organizzata in cinque fasi poste in un processo ciclico [Safarjan et al, 2013].

Sono stati istituiti sistemi di certificazione e riconoscimenti di "Scuola Promotrice di Salute", da parte di istituzioni regionali e nazionali (ad esempio in Gran Bretagna, in Polonia [Rothwell et al, 2009; Woynarowska & Sokolowska, 2009]) che hanno offerto uno stimolo per le singole scuole.

A livello internazionale, sono stati costruiti indicatori, come lo School Health Index dei CDCs negli Stati Uniti che possono essere utilizzati anche per la pianificazione scolastica [CDCs, 2005; St.Leger 2000] e che sono stati validati a livello regionale in Abruzzo [Scatigna et al, 2009].



Infine, il coinvolgimento attivo del personale scolastico e dei genitori in azioni di promozione della salute a loro rivolte potrebbe aumentare l'empowerment dei soggetti e la sostenibilità degli interventi nel tempo e in autonomia.

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

Al fine di verificare l'impatto dell'Azione sulla salute dei giovani e sulle caratteristiche del setting scolastico, potranno essere utilizzati sistemi di sorveglianza già presenti a livello nazionale/regionale riferiti all'età evolutiva, ovvero OKkio alla Salute e HBSC.

Tuttavia, nell'Azione stessa esiste un sistema intrinseco di sorveglianza/valutazione, che corrisponde a una delle attività progettuali, vale a dire la "Certificazione d'impegno" e l' "Autovalutazione" attraverso indicatori metrici delle aree del modello HPS.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'Azione è intrinsecamente orientata al superamento e alla riduzione delle disuguaglianze, per i seguenti motivi:

- per la natura del *setting*, la scuola, privilegiato per il fatto che, dopo quello domestico, bambini e adolescenti vi trascorrono universalmente la maggior parte della loro esistenza, indipendentemente dalle variabili determinanti di natura socio-economica riconducibili al nucleo familiare;
- perché l'obiettivo primario della *Health Promoting School* è proprio migliorare le opportunità e il successo dell'apprendimento, a partire dall'accesso alla vita scolastica (es. abbattimento dell'abbandono) fino alla crescita culturale base essenziale per la salute dei singoli e delle comunità;
- perché la HPS si basa sulla costruzione di un comunità scolastica in cui è considerata la salute di tutte le componenti (studenti, docenti, personale amministrativo, genitori) e dove viene auspicato il loro contributo partecipato e fattivo, premessa perché si realizzi una migliore integrazione tra famiglie, con la comunità esterna e tra i giovani stessi;
- perché le azioni specifiche riferite a temi di salute o ad aree di intervento puntuali, 'naturalmente' risulteranno accettabili e realizzabili in una scuola che aderisce al modello di HPS solo se orientate al superamento delle disuguaglianze.

OBIETTIVI SPECIFICI

1 - Implementare l'approccio globale della Health Promoting School sulla base delle linee guida e delle esperienze internazionali

2 - Creare la Rete Abruzzese delle Scuole Promotrici di Salute e connetterle al network Europeo *School for Health in Europe*

I precedenti due obiettivi specifici, possono essere articolati, in dettaglio nei seguenti obiettivi:

- *Di salute/educativi:*
 - Migliorare il benessere percepito degli studenti e del personale scolastico;
 - Migliorare lo stile di vita associato all'esperienza scolastica;
 - Migliorare il successo scolastico;
 - Favorire la prevenzione primaria e secondaria del disagio psico-sociale;
 - Aumentare il livello di consapevolezza sul significato e il valore della salute, responsabilizzando i singoli e l'intera comunità scolastica.
- *Strategici:*
 - Creare una cultura condivisa della *Health Promoting School* tra gli *stakeholders* dei diversi settori coinvolti (scuola, sanità, ricerca, amministrazione)
 - Creare e/o rafforzare le collaborazioni intra-istituzionali (es. scuole che lavorano in rete, coordinamento dei servizi di prevenzione per l'offerta di programmi di prevenzione evidence based, ecc.), inter-istituzionali (es. scuola – dipartimento di prevenzione, CONI) e comunitarie (es. scuola – associazioni del territorio, realtà produttive e servizi tecnologici) in grado di auto-mantenersi.
- *Tecnico-scientifici:*
 - Diffondere l'utilizzo di un sistema di indicatori per la misura dell'orientamento alla promozione della salute a scuola (HPS) e la pianificazione di interventi.

- Verificare i livelli di associazione degli indicatori di HPS con indicatori epidemiologici e misure psicométriche relative a predittori, mediatori e moderatori di comportamenti salubri / insalubri sia individuali che ambientali

TARGET	Finale: Studenti delle Scuole di ogni ordine e grado che aderiranno Intermedi: Insegnanti, altro personale scolastico, genitori, operatori sanitari.
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	L'intersettoriale è connaturata al concetto di Rete ASPS e al modello HPS

L'intersettoriale sarà realizzabile nella misura in cui il settore della scuola, della sanità, della formazione superiore e ricerca scientifica sapranno realizzare una collaborazione concreta, paritaria e virtuosa. La rilevanza del problema della collaborazione intersettoriale, quale nodo cruciale della HPS, è sottolineato dalla recente pubblicazione di un documento-guida dell'IUHPE orientato a esaminare i vincoli e le soluzioni [IUPHE, 2013]

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO (Fonte Regione Abruzzo)				
Fonte: <i>Registri di Attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici Regionali che aderiscono alla Rete ASPS	0 %	5 %	10 %	15 %
INDICATORI DI ESITO (Fonte Regione Abruzzo)				
Fonte: <i>Sistema di Autovalutazione per le Scuole Promotrici di Salute</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici della Rete ASPS che migliorano nel livello metrico relativo a tre o più aree monitorate	0 %	25 %	30 %	50 %

ATTIVITA'

Azioni Generali

- Istituzione dell'Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute (ORASPS);
- Produzione dei materiali per la realizzazione della Rete ASPS (Marchio-logotipo, Sito-web, schede per l'adesione e per il monitoraggio, sistemi informatizzati per l'archiviazione dei dati);
- Conferenze di Servizio, formazione dei dirigenti scolastici e operatori sanitari.

Azioni Specifiche

- Informazione sull'iniziativa e proposta di adesione formale a tutte le scuole della regione, di ogni ordine e grado;
- Raccolta delle adesioni mediante modulistica standardizzata (on-line);
- Formazione di personale di riferimento per ogni scuola (su base provinciale);
- Istituzione formale di una 'Commissione salute e benessere' nelle scuole aderenti alla Rete ASPS e inserimento nel POF del nuovo *status* di HPS;
- Monitoraggio *baseline* sulle scuole aderenti alla Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza della scuola al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono;



- Pianificazione delle azioni che la scuola svilupperà rispetto a tematiche specifiche di salute, azioni di rafforzamento delle *skills* personali e aspetti impliciti alla vita scolastica (ethos, ambiente fisico, famiglia, comunità);
- Monitoraggio annuale *di follow-up* sulle scuole della Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono;
- Collegamento alla Rete Locale ASPS e al network SHE;
- Certificazione annuale dell'impegno delle scuole aderenti quali "Scuole Promotrici di Salute";
- Elaborazione dei dati (di processo, indicatori metrici di autovalutazione) e revisione annuale da parte dell'ORASPS dell'intero processo di costruzione della rete e implementazione del modello HPS nella Regione.

ANALISI DEI RISCHI

Tra i possibili rischi:

- L'incremento di impegno richiesto alla scuola per sviluppare il percorso sistematico e realizzare tutte le attività necessarie per l'"accreditamento" quali "Scuole Promotrici di Salute";
- I risultati di promozione della salute possono essere visibili solo nel medio o lungo termine.
- La valutazione è difficile e complessa;
- La comunità dei professionisti della scuola possiede un proprio linguaggio e dei propri concetti che hanno significati diversi da quelli utilizzati in ambito sanitario e in altri settori. Per sviluppare un sapere condiviso sono necessari molto tempo, alleanze e rispetto reciproco
- La difficoltà di fornire alla scuola le prove di efficacia rispetto ai benefici che una strategia di promozione della salute può offrire, migliorando anche i risultati in termini di rendimento scolastico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide. Elementary school version. Atlanta, Georgia, 2005.
2. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Promuovere la Salute a Scuola dall'evidenza all'azione. 2010.
3. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Verso una scuola che promuove salute: linee guida per la promozione della salute nelle scuole. 2° versione del documento "Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono salute". 2011.
4. International Union for Health Promotion and Evaluation (IUHPE). Facilitare il dialogo tra il settore sanitario e quello scolastico per favorire la promozione e l'educazione alla salute nella scuola. 2013.
5. Langford R, Bonell C, Jones H, Pouliou T, Murphy S, Waters E, Komro K, Gibbs L, Magnus D, Campbell R. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC Public Health (2015) 15:130.
6. Rothwell H, Sheperd M, Townsend N, Burgess S, Pimm C, Murphi S. The importance of participation in a whole-school approach to health: evidence from a review of the Welsh Network of Healthy School Schemes (WNHSS), Atti della Third European conference on health promoting school "Better schools through health". Vilnius (Lituania), 15-17 giugno 2009.
7. Safarjan E, Buijs G, de Ruiter S. SHE online school manual: 5 steps to a health promoting school. CBO. Utrecht, the Netherlands. 2013.
8. Scatigna M, Bernabei A, Molinaro S, Siciliano V, Cereatti F, Gigante R, Sementilli G, Leone L. Transcultural validation of CDC's School Health Index in Italian context. Atti della Third European conference on health promoting school "Better schools through health". Vilnius (Lituania), 15-17 giugno 2009.
9. St Leger L, Developing indicators to enhance school health. Health Education Research, 2000; 15, 719-728.
10. Woynarowska B, Sokolowska M. Establishing the Health-Promoting School National Certificate in Poland. Atti della Third European conference on health promoting school "Better schools through health". Vilnius (Lituania), 15-17 giugno 2009.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4°t	1°t	2°t	3°t	4°t	1°t	2°t	3°t	4°t	1°t	2°t	3°t
Azioni Generali												
Istituzione dell'Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute (ORASPS)	X											
Produzione dei materiali per la realizzazione della Rete ASPS (Marchio-logotipo, Sito-web, schede per l'adesione e per il monitoraggio, sistemi informatizzati per l'archiviazione dei dati)	X	X										
Conferenze di Servizio, formazione dei dirigenti scolastici e operatori sanitari.		X										
Azioni Specifiche												
Informazione sull'iniziativa e proposta di adesione formale a tutte le scuole della regione, primarie e secondarie		X				X				X		
Raccolta delle adesioni mediante modulistica standardizzata (on-line)			X				X				X	
Formazione di personale di riferimento per ogni scuola (su base provinciale)			X				X				X	
Istituzione formale di una 'Commissione salute e benessere' nelle scuole aderenti alla Rete ASPS e inserimento nel POF del nuovo status di HPS				X				X				X
Monitoraggio baseline sulle scuole aderenti alla Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza della scuola al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono				X				X				X
Pianificazione delle azioni che la scuola svilupperà rispetto a tematiche specifiche di salute, azioni di rafforzamento delle skills personali e aspetti impliciti alla vita scolastica (ethos, ambiente fisico, famiglia, comunità)					X				X			X
Monitoraggio annuale di follow-up sulle scuole aderenti alla Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza della scuola al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono				X				X				X
Collegamento alla Rete Locale ASPS e al network SHE									X			X
Certificazione annuale dell'impegno delle scuole aderenti quali "Scuole Promotrici di Salute"					X				X			X
Elaborazione dei dati (di processo, indicatori metrici di autovalutazione) e revisione annuale da parte dell'ORASPS dell'intero processo di costruzione della rete e implementazione del modello HPS nella Regione			X	X				X	X			X

AZIONE n. 2 "INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLE I E II CLASSI DELLA SCUOLA PRIMARIA"

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Da un'analisi delle problematiche legate alla salute dei cittadini, con particolare riguardo per le fasce giovanili, è emerso che un ampio strato della popolazione in età scolare è sedentaria e in sovrappeso. Secondo i dati ISTAT, sono una su tre le persone di tre anni e più che nel 2013 dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero. Oltre 24 milioni di persone, pari al 42% della popolazione dai tre anni in su, si dichiarano invece completamente sedentarie, non praticando sport né attività fisica.

I risultati di una recente indagine su stili alimentari e abitudine all'esercizio fisico (OKKIO alla Salute 2015), evidenziano che nel 2014 il 20,9% dei bambini era in sovrappeso e il 9,8% obeso. Le regioni del Centro e del Sud Italia sono quelle che presentano i dati più preoccupanti: l'Abruzzo, in particolare, con la sua percentuale oltre il 38,6% della popolazione giovanile interessato da tale fenomeno, occupa i primi posti tra le regioni con i risultati peggiori [OKKIO alla Salute, 2015].

I livelli di sedentarietà e le cattive abitudini alimentari in bambini e adolescenti costituiscono dunque un problema sempre più evidente per le conseguenze negative a breve e a lungo termine sulla salute e sul benessere dei giovani e degli adulti. Come ormai ben documentato nella letteratura scientifica, la carenza di attività motoria e l'alimentazione scorretta sono la causa principale dell'obesità e di un elevato numero di patologie metaboliche, cardiovascolari, respiratorie e degenerative. A peggiorare questo fenomeno, nel corso dell'età evolutiva si assiste ad una progressiva riduzione di attività motoria con conseguente aumento delle malattie ipocinetiche, quali diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Tali malattie si stanno diffondendo sempre più nei paesi industrializzati e l'incidenza dei fattori di rischio correlati a queste malattie costituisce una seria minaccia in tutte le fasce di età.

D'altra parte, un'attività fisica regolare ed una corretta alimentazione determinano effetti fortemente positivi sulla salute e sul benessere della persona. L'attività motoria e sportiva nei giovani migliora l'indipendenza e l'autostima, facilita i processi di identificazione nello sviluppo della personalità, insegna il rispetto delle regole nei rapporti con gli altri, sviluppa il senso di responsabilità nelle relazioni sociali,



facilita l'acquisizione di molteplici abilità utili nel quotidiano, insegna un corretto e sano stile di vita e migliora il rendimento scolastico. Gli effetti benefici si estendono dalla giovinezza all'età adulta.

L'attività motoria negli adulti e negli anziani contrasta i sintomi della tensione e dello stress, incrementa l'energia psicofisica e la percezione di benessere, migliora l'autostima e facilita le relazioni sociali, previene le malattie, migliora la salute e la qualità della vita. Sul piano economico e sociale, l'attività fisica e una corretta alimentazione nell'adulto aumentano la produttività nel lavoro e contribuiscono a ridurre significativamente la spesa sanitaria dovuta a malattie acute e croniche.

Diventa quindi fondamentale promuovere la salute attraverso la pianificazione di strategie di intervento e la realizzazione di programmi di educazione motoria e alimentare che coinvolgano i giovani e li motivino verso stili di vita attivi e sani.

EVIDENZE DI EFFICACIA

L'incremento della qualità e della quantità dell'Educazione Fisica a Scuola è tra le strategie efficaci e irrinunciabili della scuola promotrice di salute come riportato chiaramente anche nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità specifici sul tema e della International Union for Health Promotion and Education [WHO, 2007; IUHPE, 2010].

La quantità e la qualità di attività motorie e sportive praticate in età evolutiva sono fortemente predittive rispetto all'attività fisica e agli stili di vita sani nell'adulto [Telama et al, 2005]. Le ricerche condotte in età scolare hanno anche dimostrato l'esistenza di una relazione positiva tra l'attività fisica, la salute mentale e il livello di apprendimento dei bambini e del loro rendimento scolastico in generale. L'attività motoria ed un regime alimentare corretto migliorano in maniera significativa le funzioni cognitive e ne contrastano il declino collegato all'invecchiamento [Biddle & Asare, 2011; Sibley & Etnier, 2003].

SOSTENIBILITÀ

L'offerta di Educazione Motoria va contraendosi in tutte le aree del mondo, tanto che l'Organizzazione delle Nazioni Unite, nel suo organismo dell'UNESCO in questo anno 2015 ha ribadito la necessità che i governi intraprendano azioni concrete per assicurare a tutti i cittadini, nella fase evolutiva, *curricula* di educazione motoria scolastici adeguati, pubblicando le Linee Guida per la Qualità dell'Educazione Fisica rivolte proprio ai decisori politici [UNESCO, 2015].

Il contingente di Laureati in Scienze Motorie nei due Livelli Triennale e Magistrale, in particolare nella due Università abruzzesi (Università degli Studi dell'Aquila e Università "G.D'Annunzio" di Chieti-Pescara) costituisce una risorsa cospicua e qualificata.

Già nel Progetto Movimentiamoci inserito nel PRP 2010 – 2012 e conclusosi nel 2013 [Scatigna et al, 2012] è stato verificato il contributo di qualità tecnica, scientifica e operativa che i giovani tutori arruolati nelle attività del progetto hanno apportato in un ampio campione di scuole abruzzesi, peraltro ricercato e fortemente apprezzato dagli insegnanti interessati. Il giudizio di questi ultimi, in quella esperienza progettuale, è stato rilevato in modo strutturato mediante questionario in forma anonima incentrato su diverse tematiche, quali: didattica e metodologia, organizzazione, contenuti del progetto, apprendimento, gradimento per le quali i giudizi sono stati fortemente positivi. Tra i suggerimenti, nell'esperienza Movimentiamoci: consolidare la presenza degli educatori specialistici, potenziare la fornitura di attrezzi e iniziare le attività ad inizio anno scolastico ed aumentare il numero delle ore in classe [Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012. Area di intervento 2.9.3. "Incremento dell'attività fisica nella popolazione infantile". Relazione Finale Progetto Movimentiamoci. Dicembre 2013].

Il progetto potrà assicurare una formazione intrinseca degli insegnanti delle classi coinvolte di tipo esperienziale e potrà produrre una maggiore sensibilizzazione sull'importanza dell'educazione motoria nella scuola per la promozione della salute.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA



Al fine di verificare l'impatto dell'Azione sulla salute dei giovani e sulle caratteristiche del *setting* scolastico, potranno essere utilizzati sistemi di sorveglianza già presenti a livello nazionale/regionale riferiti all'età evolutiva, in particolare quelli del progetto OKkio alla Salute.

Le modifiche riguardanti l'efficienza fisica nei bambini saranno monitorate attraverso la raccolta *ad hoc* delle performance ai test motori di valutazione per l'età evolutiva correntemente utilizzati nella pratica dell'educazione motoria e nella ricerca epidemiologica, come alcuni dei Test della Batteria Eurofit appropriati per l'età in esame [Manuale EURO-fit, 1993].

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'attività è totalmente inserita nell'offerta formativa di tutte le classi di pari livello in tutte le scuole abruzzesi, anche in quelle più disagiate e inserite in contesti territoriali e socio-economici più svantaggiati, dove sono presenti bambini a più alto rischio di deprivazione e quindi con minori occasioni di svolgere attività fisica extra-scolastica a pagamento. Tali territori presentano, generalmente, proporzioni di residenti stranieri più elevate e sono anche meno raggiunti da iniziative di associazioni sportive, che altrove supportano le carenze nell'educazione motoria nella scuola primaria.

OBIETTIVO SPECIFICO e sue articolazioni

Incrementare l'attività motoria e migliorare la qualità dell'Educazione Motoria nell'attività didattica curriculare delle Classi Prime e Seconde della Scuola Primaria

Le evidenze sopra esposte mettono in luce come sia necessario promuovere l'attività motoria in età evolutiva a partire dall'unico contesto in cui i bambini si ritrovano quotidianamente: la Scuola Primaria. È questo, infatti, il luogo dove tutti i bambini possono essere educati e stimolati, anche attraverso il movimento, all'adozione stili di vita sani, orientati al benessere, che favoriscono una crescita armonica ed equilibrata negli aspetti cognitivi, affettivo/emozionali, sociali e motori della persona. È nel periodo della scuola primaria che i bambini acquisiscono e strutturano atteggiamenti e modelli comportamentali che caratterizzeranno il loro futuro stile di vita, con le conseguenti ricadute sullo stato di salute.

Sulla base di queste premesse, il Comitato Regionale CONI Abruzzo propone un intervento a favore degli alunni di tutte le classi prime e seconde di tutte le Scuole Primarie della Regione Abruzzo, da programmare di concerto con la Regione, che possa favorire l'incremento dell'attività motoria svolta nelle attività curriculari. L'intervento, inoltre, deve prevedere una costante azione di informazione e di educazione rivolta alle famiglie ed agli alunni rispetto alle problematiche sopra esposte, con particolare riguardo alla necessità della pratica motoria e di uno corretto regime alimentare. Il progetto si pone nell'ottica più ampia di un disegno complessivo che potrà essere integrato da altri soggetti e la cui evoluzione potrà essere determinata in base ad una specifica attività di valutazione propedeutica alla riformulazione progettuale per i prossimi anni scolastici.

TARGET	Tutti gli studenti delle classi 1° e 2° della Scuola Primaria della Regione Abruzzo e le loro famiglie
SETTING	Scuola Primaria
INTERSETTORIALITÀ	CONI, Scuola, Università, Pediatri

INDICATORI DI PROCESSO (Fonte Regione Abruzzo)				
Fonte: <i>Registri di Attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Percentuale di scuole-intervento arruolate su tutte le scuole primarie abruzzesi	0 %	5 %	7 %	10 %
INDICATORE SENTINELLA				



ATTIVITA'

L'Intervento proposto prevede:

- lo svolgimento, a favore delle prime classi della Scuola Primaria, di due lezioni settimanali di attività motoria, per almeno 20 settimane effettive (da ottobre a maggio), da svolgersi in orario curriculare, per le quali sia previsto l'affiancamento del Docente da parte di un Incaricato Esperto di Attività Motoria nella Scuola Elementare, che sia obbligatoriamente un Diplomato ISEF o Laureato in Scienze Motorie;
- una valutazione osservativa sulla popolazione scolastica interessata attraverso attività ludico motorie, circuiti e alcuni test adattati alla età precoce.

Per la realizzazione dell'iniziativa si prevede di richiedere la collaborazione:

- del Comitato Italiano Paralimpico, per l'eventuale intervento per casi non supportati da Docenti di sostegno;
- delle Università degli Studi di Chieti e dell'Aquila, in particolare dei Corsi di Laurea in Scienze Motorie, per le ricerche sulla popolazione scolastica interessata, per lo studio di protocolli di lavoro e per l'eventuale collaborazione degli Studenti universitari che possono essere coinvolti in attività pratiche di tirocinio;
- della Federazione Medico Sportiva Italiana;
- dell'Associazione dei Medici Pediatri.

Per le indagini statistiche e le ricerche sulla popolazione scolastica interessata si attueranno dei protocolli di collaborazione con le Università degli Studi di Chieti e dell'Aquila.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

- Il progetto prevede una prima fase d'informazione rivolta ai Dirigenti Scolastici della Regione sugli obiettivi specifici del progetto. Nel primo anno scolastico essa sarà quanto più possibile anticipata, tenuto conto dei tempi di approvazione e avvio del Piano Regionale della Prevenzione, auspicabilmente prima dell'avvio dell'Anno Scolastico.
- Individuati gli Istituti aderenti al progetto ci sarà una seconda fase di informazione diretta sul personale docente e sulle famiglie (Settembre/Ottobre).
- Contestualmente verranno emanati dei bandi per l'arruolamento del personale Docente esperto in attività motoria per l'infanzia che affiancherà il docente di classe.
- Nei mesi di ottobre e novembre presso le Università coinvolte, in accordo con il CONI Regionale, nell'ambito dell'offerta formativa curriculare, saranno organizzati corsi strutturati sotto forma di Insegnamenti a Scelta dello Studente, rivolti agli studenti del livello magistrale, sulla preparazione tecnica specifica all'insegnamento dell'attività motoria adattata all'età infantile, per garantire futuri professionisti con una più adeguata preparazione di campo.
- Dal mese di novembre, fino al mese di maggio, inizierà un percorso regolare di attività motoria per le classi individuate che parteciperanno al programma, affiancato anche da una valutazione degli stili alimentari e di vita quotidiana dei bambini. I percorsi saranno tenuti da personale tecnico, professionista del settore (Laureati in Scienze Motorie e/o ex ISEF)
- Durante tutto il percorso saranno svolte prove di valutazione, registrate, adeguate all'età che permetteranno di monitorare le capacità dei bambini e il valore del lavoro programmato
- A fine anno saranno organizzati eventi e manifestazioni ludico/motorie
- Tutto il percorso sarà valutato e testato al fine di consentire un report scientifico dei dati monitorati
- In una fase contestuale o finale, con l'insegnante di classe, potranno essere svolti incontri tra le famiglie, i pediatri, altri esperti delle scienze motorie, per affrontare le eventuali criticità emerse.
- Al termine di ciascun anno ci sarà un seminario a tema, in cui si discuteranno i dati acquisiti e valutati confrontati con la letteratura internazionale.

Alla fine del triennio sarà organizzato un Convegno riassuntivo di tutto il lavoro svolto



CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

	A.S. 2015-2016								A.S. 2016-2017								A.S. 2017-2018																											
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8								
Informazione rivolta ai Dirigenti Scolastici dei diversi poli scolastici regionali	X								X	X							X	X																										
Informazione diretta sul personale docente e sulle famiglie	X	X											X	X												X	X																	
Arruolamento del personale Docente esperto in attività motoria per l'infanzia	X	X											X	X												X	X																	
Formazione del personale Docente presso le Università in collaborazione con il CONI Regionale		X	X											X	X											X	X																	
Percorso regolare di attività motoria per le classi partecipanti		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Monitoraggio sull'efficienza fisica dei bambini		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Eventi e/o manifestazioni ludico/motorie di fine anno scolastico									X									X																									X	
Seminario a tema, con la presentazione dei dati acquisiti										X																X																	X	
Stesura report scientifico conclusivo																																												X
Convegno conclusivo del programma triennale																																												X

ANALISI DEI RISCHI

Il Progetto non ha grandi elementi di rischio poiché si rivolge ad una popolazione scolastica attiva ed inesauribile che, di anno in anno, si rinnova e consente una programmazione ed una valutazione continua.

La necessità di intervenire in questa particolare fascia di età precoce, prima e seconda classe, delicata e complessa per le caratteristiche morfo-funzionali, da poco spazio a possibili elementi di rischio sia interni che esterni.

Possibili rischi sono legati prevalentemente alla parte organizzativa/amministrativa, in particolare alle difficoltà di gestire l'arruolamento degli esperti di educazione motoria e alla disponibilità di ricorse economiche sufficienti per la loro remunerazione. Tale evenienza si potrebbe ripercuotere sul concreto e completo svolgimento dell'azione in tutte le scuole richiedenti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med.* 2011 Sep;45(11):886-95.
2. Casolo F. Lineamenti di teoria e metodologia del movimento umano. *Vita e Pensiero.* 2002
3. Comitato di esperti sulla ricerca in materia di Sport – Consiglio d'Europa. *EUROFIT. Manuale per i tests EUROFIT di efficienza fisica.* Edizione a cura dell'ISEF statale di Roma. Roma: 1993
4. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). *Promuovere la Salute a Scuola dall'evidenza all'azione.* 2010.
5. Istituto Superiore di Sanità (ISS). *OKKIO alla Salute.* <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/>. Risultati preliminari rilevazione 2014 consultato in data 11 maggio 2015.
6. Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012. Area di intervento 2.9.3. “Incremento dell’attività fisica nella popolazione infantile” Relazione Finale Progetto Movimentiamoci. Dicembre 2013.
7. Pieron M. Metodologia dell'insegnamento dell'educazione fisica e dell'attività sportiva. Società Stampa Sportiva. 1989
8. Scatigna M, Izzicupo P, Di Gregorio MR, Di Iorio P, Di Baldassarre A, Marconi MM, Agostini T, Vinciguerra MG. Incrementare i livelli di attività fisica nei bambini abruzzesi: finalità ed estensione del progetto regionale “Movimentiamoci”. Le sfide della Promozione della Salute dalla Sorveglianza agli Interventi sul territorio. *Piano Guadagnare Salute. Venezia 21-21 giugno 2012.*
9. Schmidt RA, Wrisberg CA. Apprendimento motorio e prestazione. Società Stampa Sportiva. 2000



- 10.Sibley BA & Etnier JL. The relationship between Physical Activity and Cognition in children: a meta-analysis. *Pediatric Exercise Science*. 2003; 15: 243-256.
- 11.Sotgiu P, Pellegrini F. Attività motorie e processo educativo. Società Stampa Sportiva. 2003
- 12.Telama R, Yang X, Viikari J, Valimaki I, Wanne O, Raitakari O. Physical activity from childhood to adulthood. A 21-year Tracking Study. *Am J Prev Med* 2005; 28(3): 267-273.
- 13.United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Ed. McLennan N & Thompson J. Quality Physical Education (QPE) – Guidelines for Policy Makers. ISBN 978-92-3-100059-1. 2015.
- 14.WHO. Promoting Physical Activity in Schools: an important element of a Health-Promoting School". WHO Information series on school health; document 12 - WHO, 2007 ISBN 978 92 4 159599 5.

AZIONE N. 3: SCHOOLWIDE PHYSICAL ACTIVITY. - Approccio ecologico per l'incremento dell'attività fisica nel setting scolastico

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

L'attività fisica è protettiva già in età evolutiva nei confronti dei fattori di rischio associati alle più frequenti patologie cronico-degenerative ed è predittiva di uno stile di vita attivo e dei relativi vantaggi di salute in età adulta [NICE, 2008; Biddle&Asare, 2011]. Studi di sorveglianza e revisioni sistematiche rivelano prevalenze di sovrappeso e obesità nei bambini italiani tra le più alte in Europa che, peraltro, in alcune regioni dell'Italia meridionale (tra cui l'Abruzzo) raggiungono valori complessivi prossimi o superiori al 40 % [ISS, 2015; IASO, 2014; Turchetta et al, 2012]. Preoccupante è, anche, il trend involutivo delle capacità motorie aerobiche e anaerobiche health-related registrato nelle generazioni successive di bambini dei Paesi sviluppati [Tomkinson, 2007; Filippone et al, 2007].

La promozione dell'attività fisica nei bambini è, dunque, una priorità per la sanità pubblica e, per questo, dagli anni '90 si sono evolute linee guida stilate da istituzioni scientifiche di area scientifica sportiva e sanitaria. Esse, sinteticamente, raccomandano che bambini e adolescenti svolgano attività fisica di intensità almeno moderata per 60 minuti o più, tutti i giorni e che una parte di queste, per 2-3 volte alla settimana, siano attività in grado di migliorare la forza e la resistenza muscolare, la flessibilità e la densità ossea [Smith & Biddle, 2008; WHO, 2010].

La scuola è stata riconosciuta come *setting* privilegiato per il raggiungimento di tali livelli raccomandati in quanto, dopo l'ambiente domestico, è il luogo dove tutti i bambini passano la maggior parte del tempo. Essa dovrebbe essere globalmente orientata a tale obiettivo privilegiando un approccio sistematico ed ecologico al problema, che consideri tutte le componenti della scuola promotrice di salute e attraverso modifiche all'ambiente di vita del bambino [WHO, 2007; Rink et al, 2010].

La presente Azione, rivolta alle scuole primarie, si propone di realizzare un programma scolastico '*comprehensive*' per l'incremento del livello di attività fisica complessivo dei bambini, il miglioramento della loro efficienza fisica e la riduzione del sovrappeso. Esso comprenderà non solo l'educazione motoria, ma anche momenti attivi prima e dopo la scuola (es. piedibus), intervalli ricreativi quotidiani (*playtime* o *recess*), *breaks* attivi in classe; apprendimento di altri contenuti disciplinari attraverso il movimento, integrazione con la comunità in cui i bambini vivono, partecipazione dei genitori (compiti di educazione motoria a casa), diffusione delle linee-guida internazionali.

Particolare attenzione sarà riservata al '*playtime*', cioè il tempo dedicato al gioco attivo nella scuola (es. ricreazione): esso non solo permette di integrare l'attività fisica quotidiana fino a raggiungere i livelli raccomandati [Ridgers et al, 2006], ma è risultato associato allo sviluppo di *skills* psicosociali, a una più facile gestione degli alunni al rientro in classe e a un migliore rendimento scolastico [Rink et al, 2010].

Una modalità operativa per aumentare il *playtime* consiste nell'allestimento di aree di gioco con la tecnica del '*playground marking*': si tratta di dipingere la superficie di un'area dedicata come un cortile, un campetto ma anche spazi interni adeguatamente grandi, con delle forme colorate sulle quali i bambini vengono lasciati liberi di giocare. Nel playground possono essere riprodotte forme geometriche (quadrati, triangoli, cerchi, linee continue, ecc.), simboli (lettere, numeri, punteggiatura, ecc.), immagini

(animali, piante, carte geografiche, strade, ecc.), orme (di mani, di piedi, di umani di animali) sui quali o intorno ai quali i bambini possono muoversi camminando, correndo, saltando.

Le attività possono essere ispirate a giochi definiti sui quali i piccoli vengono formati con istruzioni ben precise, ma dopo alcune settimane, essi possono liberamente inventare i ‘loro’ giochi sviluppando in questo modo la creatività motoria. A questo scopo possono essere utilizzati dei materiali (*cards*, quaderni, manuali) con schemi e regole di gioco per ogni tipologia di marcatura/disegno insieme a dei poster da tenere nella scuola che riproducono la planimetria del *playground*. Può essere anche lasciata un area libera dalla marcatura, in cui gli alunni possono riportare autonomamente dei disegni creati da loro, in modo da esaltare le abilità divergenti. Il *marked playground* può essere utilizzato durante la ricreazione, la pausa pranzo o pause pomeridiane e deve costituire una attività routinaria programmata nell’orario scolastico quotidiano.

Anche gli insegnanti delle discipline curriculari hanno molti modi per permettere agli alunni di fare un po’ di movimento in classe: per esempio quando si passa da un argomento all’altro si può fare qualche attività motoria (*break*) e questo può aiutare anche nell’apprendimento (‘ginnastica del cervello’ come ‘collegare’, ‘attivare il pulsante cerebrale’, ‘scivolare lentamente’, ‘energizzare’) [Rink et al, 2010].

EVIDENZE DI EFFICACIA

Riguardo all’attività fisica, secondo una revisione sistematica *Cochrane*, sono da incoraggiare in sanità pubblica gli interventi finalizzati a promuovere l’attività fisica a scuola.

Tali interventi dovrebbero essere centrati sulla promozione di atteggiamenti positivi nei confronti dell’attività fisica e adatti al livello di sviluppo dei partecipanti; gli insegnanti e il personale scolastico tutto dovrebbero essere incoraggiati ad avere un ruolo attivo attraverso l’impegno concreto in attività fisica durante la giornata scolastica, e questo potrebbe rendere necessari cambiamenti drastici nell’ambiente di lavoro (insegnamento e lavoro amministrativo); il coinvolgimento dei genitori dovrebbe essere una parte integrale dell’intervento scolastico; dovrebbe essere posta più enfasi sulla promozione dell’attività fisica all’interno dei programmi di salute scolastica (per esempio dando all’attività fisica la stessa priorità rispetto ad altri comportamenti dello stile di vita); il personale sanitario dei servizi di sanità pubblica dovrebbe lavorare in collaborazione con gli insegnanti, le scuole e le autorità locali nell’aumento delle risorse destinate alla promozione dell’attività fisica a livello scolastico [Dobbins et al, 2009].

In studi randomizzati controllati è stato verificato che tale tipo di intervento è risultato efficace nella riduzione dell’adiposità e dell’aumento dell’efficienza fisica dei bambini coinvolti [Kriemler et al, 2010]. A livello internazionale programmi strutturati basati sull’incremento del *playtime* provengono dall’Inghilterra, dal Galles, dagli Stati Uniti, dall’Olanda [BHF, 2001; Welsh Assembly Government, 2002; *Peaceful Playgrounds*, 2014]. In particolare, sono stati realizzati studi con disegno epidemiologico controllato e anche randomizzato che hanno riscontrato effetti positivi a medio e lungo termine dell’allestimento dei *marked playgrounds* [Stratton, 2000; Ridgers et al, 2007; Janssen et al, 2013].

SOSTENIBILITÀ

Una delle criticità più rilevanti e più spesso evocate in Italia per l’incremento dell’attività fisica scolastica, specie nelle scuole primarie, è la carenza di personale di ruolo qualificato e di strutture adeguate. Tuttavia, nell’ottica della promozione della salute, bisogna puntare a educare i bambini, futuri adulti, a considerare l’attività fisica non relegata alle attività organizzate (educazione motoria, sport) ma quale elemento permeante l’esperienza quotidiana in tutte le sue componenti, dal trasporto attivo, alle attività lavorative, a quelle ricreative.

Per questo è irrinunciabile il coinvolgimento di tutto il personale scolastico – anche amministrativo, delle famiglie e delle comunità (attraverso il piedibus, l’educazione sanitaria degli adulti significativi sulle linee guida e i compiti di educazione motoria) [Rink et al, 2010].

Uno dei più importanti punti di forza del progetto sta nel fatto che le attività saranno strutturate e riproducibili - grazie a modelli e materiali che saranno prodotti con l’attività dei tutors arruolati e che rimarranno patrimonio diffusibile su larga scala.



La promozione di stili salutari in età adulta nel contesto lavorativo (personale scolastico e genitori), nell'età anziana (i nonni che possono diventare supervisori di attività come il Piedibus, l'utilizzazione degli spazi scolastici in orario extra-scolastico, l'organizzazione di gruppi di cammino familiari, lo svolgimento di compiti di educazione motoria a casa) aumenteranno l'empowerment dei soggetti e la sostenibilità degli interventi nel tempo in autonomia

L'utilizzazione di reti di comunicazione e strumenti (siti web, social network, telefonia) e condivisi in modo universale renderà l'intervento economico sul piano della spesa materiale (stampa limitata) e grande diffusività e quindi maggiore popolazione raggiunta

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Al fine di verificare l'impatto dell'Azione sulla salute dei giovani e sulle caratteristiche del *setting* scolastico, potranno essere utilizzati sistemi di sorveglianza già presenti a livello nazionale/regionale riferiti all'età evolutiva, in particolare quelli del progetto OKkio alla Salute.

Tuttavia, sarebbe auspicabile valutare anche le modifiche riguardanti l'efficienza fisica nei bambini attraverso la raccolta ad hoc delle performance ai test motori di valutazione per l'età evolutiva correntemente utilizzati nella pratica dell'educazione motoria e nella ricerca epidemiologica (Test della Batteria Eurofit [Manuale EURO-fit, 1993]).

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'Azione si pone in contrasto con le diseguaglianze di salute, sulla base delle seguenti aspettative:

- incremento del numero di bambini che, nei territori coinvolti, raggiungono i livelli raccomandati di attività fisica quotidiana, con conseguente miglioramento dei livelli di salute e di forma fisica e il rafforzamento di *skills* psico-sociali. Tali opportunità saranno equamente fruibili da tutti i bambini, permettendo di superare le diseguaglianze di tipo culturale e socio-economico delle famiglie al contrario dell'attività motoria extra-scolastica a pagamento più probabilmente accessibili dai ceti più benestanti;
- presenza sul territorio di scuole in cui sono state concreteamente realizzate le modifiche ambientali e organizzative con conseguente miglioramento del lavoro scolastico in termini di gestibilità delle classi e rendimento scolastico;
- disponibilità di un modello di *playground* - planimetria e manuali di utilizzo - facilmente riproducibile in spazi idonei e in modo permanente a fronte di una spesa relativamente contenuta. In altri termini, l'istituzione scolastica, i servizi sanitari, le municipalità, le associazioni potranno riprodurre il *marked playground* in altri spazi con costi contenuti di allestimento e manutenzione, visto che non ci sono strutture verticali come altalene, scivoli ecc. che abbisognano di maggiore cura. Allestire *playgrounds* uguali o simili a quello scolastico in altri ambienti frequentati dai bambini, per esempio nei giardini comunitari, permetterebbe loro di ritrovare gli stessi schemi di gioco e amplificherebbe l'effetto virtuoso, inquadrando l'intervento pienamente in una logica intersettoriale ed ecologica.
- integrazione scuola-famiglia-comunità. Alcune delle forme marcate possono essere riprodotte direttamente dai bambini anche fuori dalla scuola, per esempio con il gessetto nel cortile sotto casa, o con l'intervento dei genitori e questo può costituire un utile strumento per incrementare il tempo di movimento giornaliero. I genitori possono partecipare direttamente alle fasi di messa in opera o supervisione del *playground*.

OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni

1 – Aumentare i livelli di Attività Fisica quotidiana nei bambini offrendo occasioni di movimento durante e fuori dall'orario curriculare (*marked playgrounds*, breaks attivi, piedibus).

2 – Creare un ambiente di vita quotidiana (scolastico e non) favorevole al gioco attivo.

3 – Diffondere le raccomandazioni per l'attività fisica e il comportamento sedentario in adulti significativi (genitori, insegnanti, altro personale scolastico).



La presente Azione è finalizzata a migliorare la salute e la forma fisica di bambini in età scolare aumentando i livelli di attività fisica svolta quotidianamente nel *setting* scolastico, attraverso i seguenti obiettivi specifici:

1. Allestire e rendere *routinaria* l'utilizzazione dei *marked playgrounds* nelle scuole interessate dall'intervento, massimizzando la fruizione da parte dei bambini durante l'orario scolastico ed extrascolastico.
2. Organizzare e portare a regime quotidiano il trasporto attivo verso e dalla scuola (*piedibus*) mediante la collaborazione con la polizia municipale e le famiglie.
3. Favorire l'inserimento del movimento e l'interruzione del comportamento sedentario nelle ore curriculare attraverso l'inserimento di *breaks* attivi e attività per l'apprendimento di altre discipline centrate sul movimento.
4. Incrementare i livelli di attività motoria extrascolastica mediante i 'compiti motori' a casa.
5. Promuovere lo stile di vita attivo presso gli adulti significativi attraverso la diffusione delle linee guida per i livelli raccomandati di attività fisica e sedentarietà in età evolutiva e adulta.
6. Fornire alla comunità (famiglie, municipalità, per es.) uno strumento facilmente riproducibile in spazi alternativi (es. cortile di casa, parchi gioco comunali) ottenendo una amplificazione dell'effetto.

TARGET	Finale: Alunni di Scuola Primaria Intermedi: Insegnanti, altro personale scolastico, genitori, operatori sanitari
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	Autorità Territoriali Locali, Scuola, Università

L'azione potrà essere realizzata sulla base della collaborazione con le Autorità Territoriali Locali (i.e. Comuni) sia per l'allestimento dei *playgrounds* nelle aree scolastiche e periscolastiche, sia per l'organizzazione dei percorsi e delle fermate del *Piedibus*.

Inoltre, per la progettazione dei materiali e la verifica dei livelli di efficienza fisica sarà opportuno il coinvolgimento di esperti dell'area delle Scienze Motorie, in particolare delle Università e delle Associazioni Sportive territoriali.

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO (Fonte Regione Abruzzo)				
Fonte: <i>Registri di Attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Numero di scuole-intervento arruolate che hanno allestito i <i>marked playgrounds</i>	0 %	5 %	10 %	15 %
Proporzione di classi su quelle presenti negli istituti scolastici allestiti che utilizzano almeno tre giorni alla settimana i <i>playgrounds</i>	0 %	30 %	40 %	50 %
Proporzione di scuole-intervento arruolate che offrono il servizio piedibus	0 %	5 %	10 %	15 %
Proporzioni di classi inserite nell'intervento nelle quali vengono inseriti <i>breaks</i> attivi e attività interdisciplinari movimentate	0 %	10 %	15 %	20 %

Numero di proposte accolte dagli enti locali e/o altri soggetti (Comuni, parrocchie, associazioni) per la riproduzione in spazi idonei dei marked playgrounds	0 %	Almeno un Comune nella Regione	Almeno due Comuni nella Regione	Almeno un Comune per ciascuna delle 4 Province
---	-----	--------------------------------	---------------------------------	--

INDICATORI DI ESITO (Fonte Regione Abruzzo)

Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di bambini arruolati nell'intervento che raggiungono i livelli minimi di attività fisica almeno moderata (almeno 60 minuti al giorno)	10 % (dati OKKIO 2014)	15 % (dei bambini arruolati)	20 % (dei bambini arruolati)	25 % (dei bambini arruolati)
Proporzione di bambini arruolati nell'intervento che migliorano il punteggio ai test per le capacità motorie sul totale dei partecipanti nelle scuole-intervento	-	20 % (dei bambini arruolati)	30 % (dei bambini arruolati)	40% (dei bambini arruolati)

ATTIVITÀ

Azioni Preliminari

- Verranno selezionati tutors 'senior' (a livello Regionale si occuperanno della progettazione dei materiali, della definizione dei metodi e strumenti di valutazione) e tutors 'junior' (a livello locale si occuperanno della formazione e dell'assistenza degli insegnanti-supervisori, della raccolta dati per la valutazione raccordandosi con i tutors senior).
- Saranno arruolate le scuole 'intervento'. Successivamente, avverrà la messa in opera nel cortile / campetto mediante la pittura della superficie. Il *marked playground* sarà utilizzato in presenza di un 'supervisore' responsabile che può coincidere con l'insegnante o con personale indicato dalla scuola allo scopo. Sulla base di esempi del settore sarà prodotto e distribuito agli insegnanti un manuale su "Sicurezza nel *marked playground*" e "Istruzioni per l'uso del *marked playground*" [Hellison, 2003; Thompson et al, 2007];
- Saranno pianificate nel dettaglio e condivise con le singole scuole-intervento le seguenti attività: percorsi piedibus; *breaks* attivi in classe; compiti motori a casa; educazione sanitaria degli adulti significativi (insegnanti e altro personale scolastico; genitori).
- Saranno anche prodotti i materiali strumentali a tali attività come *workbooks* e linee guida basate sulle raccomandazioni internazionali relative ad attività fisica, comportamenti sedentari e alimentazione nei bambini di questa fascia di età.

Azioni sul campo

- Verranno rilevati i dati *baseline* relativi ai livelli di attività fisica giornalieri raggiunti dai bambini e ai test motori;
- Saranno realizzate attività di educazione sanitaria e diffusione delle linee guida a favore di genitori, docenti e altro personale della scuola;
- Sarà attivato il servizio di piedibus
- Sarà avviata e portata a regime l'utilizzazione del *marked playground* durante gli orari stabiliti con tutoraggio ai supervisori da parte di personale del progetto (tutors locali);
- Saranno inseriti nello svolgimento delle lezioni in classe i *breaks* attivi da parte degli insegnanti formati;
- Verranno rilevati i dati relativi al 1° follow-up (risultati a breve termine).



- Allo scadere della seconda annualità, le scuole proseguiranno autonomamente la fase operativa, senza tutoraggio.



CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE



ANALISI DEI RISCHI

Tra i possibili rischi:

- L'assenza di aree adeguate per l'allestimento dei playgrounds scolastici o periscolastici;
- La difficoltà di inserimento delle attività di gioco attivo nell'orario scolastico anche rispetto alla scansione della pausa pranzo;
- L'assetto urbanistico del territorio servito dalla scuola e la conseguente difficoltà nel definire percorsi sostenibili e sicuri per il servizio piedibus;
- La limitata disponibilità del personale scolastico (docente e non) a proseguire nell'azione di supervisione del gioco attivo in autonomia, dopo la fase di avvio tutorata;
- La reticenza dei genitori al cambiamento organizzativo nel trasporto attivo da e per la scuola e nell'impegno dei compiti motori a casa;
- La limitata disponibilità degli insegnanti a utilizzare i momenti di break attivo in classe.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Biddle SJ & Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med.* 2011 Sep;45(11):886-95.
2. British Heart Foundation (BHF). Active Playgrounds. A Guide for Primary Schools. Active School. BHF 2001.
3. Comitato di esperti sulla ricerca in materia di Sport – Consiglio d’Europa. EUROFIT. Manuale per i tests EUROFIT di efficienza fisica. Edizione a cura dell’ISEF statale di Roma. Roma: 1993
4. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI: 10.1002/14651858.CD007651 .
5. Filippone B, Vantini C, Bellocchi M et al. Trend secolari di involuzione delle capacità motorie in età scolare. Studio Longitudinale su un campione regionale italiano. SDS – Scuola dello Sport / Rivista di cultura sportiva; 72, marzo 2007: 31-41.
6. Hellison D. Teaching responsibility through physical activity. (2nd ed.). Champaign IL: Human Kinetics, 2003.
7. International Association for the Study of Obesity (IASO). Prevalence of overweight in children around the Globe. www.iaso.org/site_media/library/resource_images/Global_Childhood_Overweight_Feb_2013.pdf consultato in data 1 dicembre 2014.
8. Istituto Superiore di Sanità (ISS). OKkio alla Salute. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/>. Risultati preliminari rilevazione 2014 consultato in data 11 maggio 2015
9. Janssen M, Twisk JW, Toussaint HM et al. Effectiveness of the PLAYgrounds programme on PA levels during recess in 6-year-old to 12-year-old children. *Br J Sports Med.* 2013 Jan 4.
10. Kriemler S, Zahner L, Schindler C et al. Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2010 Feb 23;340:c785.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence of United Kingdom (NICE). Promoting physical activity for children: Review 1 – Epidemiology. Revised July 2008.
12. Peaceful Playgrounds™ www.peacefulplaygrounds.com/recognition.htm consultato in data 1 dicembre 2014.
13. Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ, Twisk JWS. Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. *Preventive Medicine.* 2007; 44: 393–397.
14. Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ. Physical Activity Levels of Children during School Playtime. *Sports Med.* 2006; 66(4).
15. Rink J, Hall T, Williams L. Schoolwide Physical Activity: A Comprehensive Guide to Designing and Conducting Programs. Champaign, IL: Human Kinetics. 2010.
16. Smith A, Biddle SJH. Youth Physical Activiy and Sedentary Behaviour. Challenges and Solutions. Human Kinetics. 2008. Champaign IL USA.



17. Stratton G. Promoting children's physical activity in primary school: an intervention study using playground markings. *Ergonomics* 2000; 43 (10): 1538-46.
18. Thompson D, Hudson SH, Olsen HM. S.A.F.E. Play Areas: Creation, Maintenance, And Renovation. Champaign IL: Human Kinetics, 2007.
19. Tomkinson GR. Global changes in anaerobic fitness test performance of children and adolescents (1958–2003). *Scand J Med Sci Sports* 2007; 17: 497–507.
20. Turchetta F, Gatto G, Saulle R et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of overweight and obesity among school-age children in Italy. *Epidemiol Prev*. 2012 May-Aug;36(3-4):188-95.
21. Welsh Assembly Government - Health Promotion Division, Office of the Chief Medical Officer. The Health Promoting Playground Ideas for marking your school playground. 2002, Cardiff. ISBN 0 7504 3061 3.
22. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva. 2010. ISBN 978 92 4 159 997 9.
23. WHO. Promoting Physical Activity in Schools: an important element of a Health-Promoting School". WHO Information series on school health; document 12 - WHO, 2007 ISBN 978 92 4 159599 5.

AZIONE n. 4: SANA ALIMENTAZIONE PER UNA SCUOLA IN SALUTE

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Le malattie cronico-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari, modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora, come ad esempio i comportamenti alimentari scorretti. Le abitudini alimentari non corrette si instaurano spesso già durante l'infanzia o l'adolescenza e possono contribuire all'eccesso ponderale.

L'obesità e il sovrappeso in età infantile sono fenomeni in costante aumento a livello mondiale ed hanno implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.

In Abruzzo dalla recente rilevazione Okkio alla Salute 2014 risulta che i bambini abruzzesi di 8-9 anni sono in sovrappeso per il 27,2%, obesi per il 9,2%, mentre i bambini severamente obesi sono il 2,2%. Dalla rilevazione si osserva la persistenza tra i bambini di abitudini alimentari scorrette: il 6,9% dei bambini salta la prima colazione e il 32% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 66,8% fa una merenda di metà mattina non adeguata, mentre i genitori dichiarano che solo il 5,3% dei propri figli consumano le 5 porzioni frutta e/o verdura giornaliere raccomandate e il 37,6% dichiara che i propri figli consumano bevande zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno.

Risulta dunque fondamentale agire nell'ambito del contesto scolastico su bambini e adolescenti, per prevenire comportamenti alimentari scorretti che possano instaurarsi e persistere anche nell'età adulta, favorendo l'adozione di abitudini alimentari salutari.

Nel precedente PRP 2010 – 2012, proroghe 2013 e 2014 sono state progettate ed attuate interventi con insegnanti, alunni e genitori delle classi aderenti, predisposti menù per gli asili nido e scuola dell'infanzia ed attuati incontri con gli operatori food delle mense scolastiche(progetto Comportamenti alimentari).

Non è stata attuata una raccolta sistematica delle attività eseguite, ma è emersa la criticità della scarsa partecipazione dei genitori.

Lo sviluppo di azioni di promozione della sana alimentazione nel contesto scolastico s'inserisce nel macroobiettivo 2.1 del PNP 2014-2018 "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili" attraverso gli obiettivi centrali:

-Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile (1.3)



-Aumentare il consumo di frutta e verdura (1.7)

EVIDENZE DI EFFICACIA

A livello di letteratura è riconosciuta l'efficacia degli interventi multidisciplinari, scuola, comunità , famiglia per aumentare il consumo di frutta . Il messaggio deve essere relativo al consumo di frutta e non di tipo nutrizionale.Per aumentare il consumo di frutta nelle persona a basso reddito sono previsti interventi educativi da parte di personale formato.(Delgado-Noguera M, Tort S, Martínez-Zapata MJ, Bonfill X Primary school interventions to promote fruit and vegetable consumption: a systematic review and meta-analysis PrevMed 2011 Jul-Aug;53(1-2):3-9 doi: 10.1016/j.ypmed.2011.04.016 Epub 2011 May 11)

Tra gli interventi di promozione della corretta alimentazione quelli che risultano di maggiore efficacia (strong evidence) sono gli interventi multicomponente ovvero quelli che combinano, riguardo il consumo di frutta e verdura, l'aumento della disponibilità di frutta e verdura con educazione nutrizionale fornita da un'insegnante, dove ci sia il coinvolgimento di almeno 1 genitore. (Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature.British Journal of Nutrition / Volume 103 / Issue 06 / March 2010, pp 781-797. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, et al.)

Inoltre le azioni, rivolte sia ai bambini sia alle famiglie, che sembrano avere maggiore efficacia mirano a: ridurre il consumo di bevande gassate zuccherate (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto high); consigliare il consumo della prima colazione (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto moderate); limitare la dimensione delle porzioni di cibo assunte (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto high). (Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents, July 2013. Health Care Guideline. ICSI.)

SOSTENIBILITÀ

Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la formazione di un gruppo di formatori *ad hoc* garantirà negli anni incontri annuali con gli insegnanti.

La formazione dei formatori è ripetuta annualmente al fine di arruolare nuovi formatori e garantire eventuali sostituzioni.

Le attività nelle classi saranno svolte prevalentemente dagli insegnanti e il personale AUSL sarà disponibile con numero telefonico e strumenti telematici *ad hoc* per supporto ad insegnanti ed incontri con famiglie.

Le linee guida per la ristorazione scolastica rappresentano lo standard per le Ditte che preparano, somministrano e vendono alimenti nelle scuole e sono quindi oggetto di monitoraggio in corso di ispezione alle mense

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

- Report regionale sorveglianza Okkio alla Salute (dati sul consumo di frutta e verdura, colazione adeguata, merenda adeguata, consumo di bevande zuccherate, dei bambini di 8-9 anni)
- Report regionale sorveglianza HBSC (dati sul consumo di frutta e verdura, colazione adeguata, merenda adeguata, consumo di bevande zuccherate, dei ragazzi di 11-15 anni)
- Questionari sulle abitudini alimentari (genitori, alunni)

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Si segnala che il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle diseguaglianze, tenuto conto che il sovrappeso e l'obesità interessano strati socio-economici svantaggiati e che le famiglie a basso reddito consumano meno frutta e verdura.

Il progetto prevede il contrasto alle diseguaglianze tramite:

- formazione del personale sociale dei comuni e degli ambiti sociali mediante progetti educativi *ad hoc* per i soggetti a basso reddito



- possibilità di prendere accordi da parte dei comuni con aziende di produttori agricoli per aumentare l'accessibilità al consumo di frutta e verdura da parte dei soggetti economicamente svantaggiati
- valorizzazione della multiculturalità attraverso la conoscenza e la sperimentazione in classe delle culture alimentari dei paesi di origine dei bambini stranieri e/o con genitori stranieri
- si terrà conto delle differenze culturali anche nelle linee guida regionali sulla ristorazione scolastica
- stesura in più lingue di materiali informativi da distribuire ai genitori per facilitarne la fruizione agli stranieri
- realizzazione di incontri e materiali informativi chiari e comprensibili a tutti i soggetti coinvolti per abbattere le differenze nel grado di istruzione

OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni

- 1 – Aumentare la proporzione di soggetti in età evolutiva che adottano comportamenti alimentari sani (consumo di frutta e verdura, riduzione degli snack insalubri, delle bevande zuccherate e dell'uso di sale)
- 2 – Adottare linee guida regionali per la ristorazione collettiva scolastica e per la distribuzione automatica di cibi e bevande nelle scuole

TARGET	Popolazione infantile e giovanile delle scuole dell'infanzia, primaria, media inferiore e media superiore
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	Istituti scolastici, Uffici Scolastici Regionali e Provinciali, Famiglie, Comuni, Gestori del servizio di ristorazione scolastica, Pediatri, MMG, Servizi ASL, Associazioni produttori agricoli, Istituti alberghieri, Società di distribuzione automatica di alimenti e bevande.

INDICATORI

INDICATORI DI ESITO finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici <i>Fonte: Sorveglianza Okkio Alla Salute, Direzione Scolastica regionale</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Prevalenza dei bambini (8-9 anni) che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura Cod. indicatore 1.7.2	51,2 % (somma consumo di frutta + verdura da 2 a 3 porzioni al dì)		55,0%		58,8% (+ 15 %)
Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica Cod. indicatore 1.3.1	0	0	5%	10%	<i>Almeno 10% degli istituti comprendenti regione</i>
Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso la ristorazione collettiva Cod. indicatore 10.10.2	0	0	Rilevazione nel 30% nelle mense della ristorazione collettiva (scuola dell'infanzia) e trasmissione	Rilevazione nel 70% nelle mense della ristorazione collettiva (scuola dell'infanzia) e trasmissione	<i>100% di trasmissione dei dati sui controlli effettuati secondo procedure standardizzate</i>

				dati	dati	
INDICATORI DI PROCESSO finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici <i>Fonte: Regione</i>		Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
MACROBIETTIVO 2.1	INDICATORE DI PROCESSO					
Obiettivo 1.3 Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari su insegnanti, famiglie, PLS e MMG	Report di tutte le attività svolte nelle varie azioni	Pluralità di documenti	Raccolta e perfezionamento dati di tutte le attività	50% incontri programmati	100% incontri programmati	Report attività svolte
MACROBIETTIVO 2.1	INDICATORE DI PROCESSO					
Obiettivo 1.3 Adozione di comportamenti alimentari sani	Sperimentazione questionario validato sulle abitudini alimentari (alunni, genitori) al 50% delle classi target	Pluralità di documenti	Scelta del questionario da somministrare	Somministrazione e raccolta dati al tempo 0	Somministrazione e raccolta dati al 50% delle classi target	Incremento del 15% delle abitudini alimentari corrette
	Produzione e fornitura di materiale didattico per genitori, insegnanti e alunni, PLS e MMG	Pluralità di materiali didattici	Scelta dei materiali didattici e produzione per tutte le classi target e agli stakeholder	Somministrazione dei materiali didattici al 50% delle classi target e agli stakeholder	Somministrazione dei materiali didattici al 100% delle classi target e agli stakeholder	Report attività svolte
	Elaborazione protocollo delle Attività pratiche da svolgere con genitori, famiglie e alunni in collaborazione con Istituti Alberghieri, aziende agricole , comuni	Pluralità di documenti		Censimento dei soggetti coinvolti nello sviluppo delle attività(Istituti Alberghieri, Comuni, Aziende	Svolgimento delle attività pratiche nel 30% delle classi target	Svolgimento delle attività pratiche nel 50% delle classi target

				agricole)		
--	--	--	--	-----------	--	--

MACROBIETTIVO 2.10	INDICATORE DI PROCESSO		Censimen to del 100% delle mense scolastich e della scuola dell'infanz ia			
Obiettivo 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	Disponibilità di un elenco completo delle mense scolastiche della scuola dell'infanzia	Pluralità di documenti				
	Indagine conoscitiva sulla presenza di sale iodato nei capitolati d'appalto delle ditte di ristorazione scolastica	Pluralità di documenti		100% ditte di ristorazione scolastica indagate sull'utilizzo di sale iodato		
	Sviluppo di protocollo standard per invio dei dati al Ministero e all'ISS sull'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva	Pluralità di documenti			70% controlli effettuati secondo procedura ed invio dati	100% controlli effettuati secondo procedura ed invio dati
MACROOBBIETTIVO 2.1	INDICATORE DI PROCESSO					
Obiettivo 1.3 Adozione di comportamenti alimentari sani	Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole (INDICATORE SENTINELLA)	Pluralità di documenti		Adozione di linee guida regionali da parte del 30% degli Istituti Scolastici	Adozione di linee guida regionali da parte del 70% degli Istituti Scolastici	Adozione di linee guida regionali da parte del 100% di Ist.Scolastici)

ATTIVITÀ

Le azioni del progetto “sana alimentazione per una scuola in salute” sono:

- Promuovere la life skill e l'empowerment attraverso interventi multidisciplinari rivolti a insegnanti, alunni e famiglie (incontri, formazione, materiale didattico).
- Promuovere comportamenti alimentari sani (incentivare colazione sana, merenda adeguata, consumo di frutta e verdura, ridurre il consumo di sale eccessivo ed il consumo di bevande zuccherate) tramite interventi nelle classi, nel contesto familiare e ambientale (incontri, formazione, materiale didattico, attività pratiche -laboratori di cucina, percorsi di spesa salutare, integrazione culturale alimentare, orti didattici- aumento dell'accessibilità al consumo di frutta e verdura)



3. Riduzione del consumo di sale e promozione dell'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva
4. Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole, al fine di promuovere e rafforzare gli obiettivi 1, 2, 3.

CRONOPROGRAMMA

	2016	2017	2018
1) Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari rivolti ad insegnanti e famiglie	X	X	X
2) Promozione di comportamenti alimentari sani con attività nelle classi, nel contesto familiare e ambientale	X	X	X
3) Riduzione del consumo di sale e promozione dell'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva	X	X	X
4) Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole	X	X	X

CRONOPROGRAMMI SPECIFICI

Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari rivolti ad insegnanti e famiglie	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV												
Individuazione personale sanitario coinvolto (medici, dietisti, psicologi)			x													
Costituzione gruppo di lavoro, formazione e stesura dei progetti educativi e dei materiali didattici			x	x	x											
Produzione e stampa materiale didattico-informativo per insegnanti, genitori, alunni, PLS e MMG					x	x	x	x								
Individuazione plessi scolastici aderenti			x													
Individuazione numero delle classi target aderenti			x													
Nomina insegnanti referenti plesso				x												
Nomina insegnanti referenti scuola					x											
Nomina insegnanti referenti classe					x											
Nomina genitori referenti classe						x										
Formazione insegnanti (n. 2 moduli formativi di 4 ore)						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Incontri genitori (n. 1 modulo formativo di 4 ore)							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coinvolgimento di almeno il 60% dei PLS e MMG: incontri formativi anche in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore)						x	x	x	x							

Promozione di comportamenti alimentari sani con attività nelle classi, nel contesto familiare e ambientale	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV												
Scelta del questionario validato da somministrare per conoscere abitudini familiari (genitori e figli)			x	x												
Acquisto software elaborazione dati del questionario			x	x												
Somministrazione questionario tempo 0 e follow up successivi					x	x	x	x	x	x	x	x				
Stesura dei progetti educativi e dei materiali didattici (colazione, merende, frutta e verdura, sale, bevande)			x	x	x	x	x									
Produzione e stampa materiale didattico-informativo per insegnanti, genitori, alunni								x	x	x	x	x				
Fornitura materiale didattico ai genitori(n.1 opuscolo informativo sana alimentazione a genitore)								x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fornitura materiale didattico alle insegnanti (n.1 testo didattico a insegnanti aderenti)								x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fornitura materiale didattico alle classi (n.1 gioco multimediale a bambino)								x	x	x	x	x	x	x	x	x
Attività pratiche rivolte a genitori, famiglie e alunni (corsi di cucina salutare e integrazione culturale alimentare in								x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gadget per classe/scuola per manifestazione finale									x				x			

Riduzione del consumo di sale e promozione dell'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV												
Censimento completo scuole dell'infanzia pubbliche e private con servizio di ristorazione collettiva			x													
Indagine conoscitiva sulla presenza di sale iodato nei capitolati d'appalto delle ditte di ristorazione scolastica			x	x	x											
Elaborazione di un protocollo standard (schede) per la raccolta dei dati in merito ai controlli						x	x									
Effettuazione controlli secondo procedura standard									x	x	x	x	x	x	x	x
Raccolta dati e invio al Ministero della Salute e all' ISS (Osservatorio Nazionale Iodoprofilassi)									x	x			x	x		

Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV												
Individuazione e creazione gruppo di lavoro per la redazione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica			x	x												
Individuazione e creazione gruppo di lavoro per la redazione di linee guida regionali per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole			x	x												
Proporzione di scuole che utilizzano i menù Asl o menù redatti da privati					x	x										
Valutazione dell'adeguatezza dei menù scolastici rispetto alle linee di indirizzo nazionali tramite check list ad hoc						x	x									
Stesura linee guida regionali per la ristorazione scolastica n.4									x	x	x	x	x	x	x	x
Stesura linee guida regionali per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole n.1												x	x	x	x	x



ANALISI DEI RISCHI

RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
1. Non adesione di istituti scolastici e delle classi target	Contatti diretti e individuali con dirigenti scolastici e insegnanti (counseling motivazionale su rete scuole promotorie di salute con bollino)
2. Mancata collaborazione delle insegnanti e turnover insegnanti	Supporto gruppo AUSL e insegnanti referenti
3. Ridotta presenza dei genitori e degli insegnanti agli incontri	Incontri a domicilio con presenza anche di educatori comunali e incontri in orari scelti dai genitori
4. Carenza personale dedicato ASL	Individuazione personale ad hoc
5. Scarse risorse finanziarie ad hoc	Finalizzazione risorse specifiche
6. Scarsa collaborazione da parte delle ditte di ristorazione scolastica	Inserimento specifiche clausole nelle gare di appalto da parte dei comuni
7. Scarsa collaborazione da parte dei Comuni	Incentivo città sane
8. Disomogeneità nell’attuazione degli interventi da parte delle ASL	Inserimento da parte della Regione nell’obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle AUSL

AZIONE N. 5: PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE- IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA UNPLUGGED

(obiettivo centrale 1.3 – 4.1)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL’AZIONE

Il programma “Unplugged” è un programma scolastico standardizzato, attuato in diversi paesi europei, basato su un approccio di influenza sociale comprensivo (*comprehensive social influence approach*), mirato alla prevenzione dell’uso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti.

Questo intervento è realizzato dall’insegnante, dopo una formazione di 20 ore ed è costituito da 12 unità di un’ora. La continuità dell’intervento su tutto l’anno scolastico e la realizzazione dello stesso attraverso gli insegnanti dei ragazzi produce nei 3 mesi successivi una riduzione nel consumo di tabacco, alcol e sostanze, effetto che con maggior evidenza statistica si mantiene a 12 mesi per alcol e cannabis. Oltre la dimostrata efficacia nel ritardo dell’iniziazione si ottengono importanti risultati nella Formazione del gruppo classe, nella relazione positiva tra allievi ed insegnante, nella riduzione della conflittualità, nella maggiore autoconsapevolezza e autostima e nel rendimento scolastico.

I modello dell’influenza sociale propone una visione dello sviluppo e dell’apprendimento umano complessa e dinamica, integrando contributi teorici differenti in un insieme organico. Il modello fa riferimento alla teoria dell’apprendimento sociale, all’approccio *life-skills*, al modello *health belief*, alla teoria dell’azione ragionata e a quella delle norme sociali.

Secondo la teoria dell’apprendimento sociale, elaborata da Bandura negli anni Sessanta, la personalità di un individuo si struttura nell’interazione tra ambiente, comportamenti e processi psicologici individuali. Apprendere dall’osservazione è un concetto fondamentale: il soggetto modella i propri comportamenti, atteggiamenti e reazioni emotive osservando quelli degli altri (Bandura, 1977).

L’approccio *life-skills*, pur riconoscendo la complessa interazione tra fattori personali, sociali e ambientali alla base dei comportamenti a rischio, enfatizza le competenze personali come punto focale per gli interventi di prevenzione.

Nel glossario della promozione della salute dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (1998) le *life-skills* vengono definite come “l’insieme delle abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile e far fronte con efficacia alle esigenze e alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni”.



L'approccio life-skills fa riferimento alla teoria del comportamento problematico (Jessor & Jessor, 1977): all'interno dei tre sistemi di influenza psicosociale (personalità, ambiente percepito e comportamento) intervengono fattori di rischio e di protezione, producendo una diversa disponibilità al comportamento problematico.

Il modello *health belief*, sviluppato da Rosenstock (1966) e modificato da Becker (1974), si basa sul concetto per cui la valutazione di rischi e vantaggi percepiti di un comportamento condizionano l'assunzione del comportamento stesso. Di conseguenza fornire informazioni sui rischi legati all'assunzione di sostanze psicoattive può prevenirne l'uso, inducendo atteggiamenti sfavorevoli verso l'uso di sostanze. La teoria dell'azione ragionata, elaborata da Fishbein e Ajzen, sostiene che le intenzioni, alla base del comportamento di un individuo, abbiano due elementi costitutivi: l'atteggiamento dell'individuo verso il comportamento e le norme sociali percepite dall'individuo rispetto al comportamento stesso. L'uso di sostanze viene dunque descritto come una scelta razionale. Il modello sottolinea l'importanza delle intenzioni e della componente normativa nella formazione del comportamento degli individui (Fishbein & Ajzen, 1975).

La teoria delle norme sociali, elaborata da Perkins e Berkowitz (1986), sostiene che il nostro comportamento è influenzato dalle percezioni errate di come gli altri membri del nostro gruppo sociale pensano ed agiscono. La teoria suggerisce che le influenze dei pari si basano più su quello che pensiamo che gli altri credano e facciano (le "norme percepite") che su proprie convinzioni e azioni (le "norme vere e proprie"). Questo divario tra "percepito" e "reale" può indurre il comportamento a rischio; si può dunque intervenire correggendo le percezioni ed approssimandole ai dati reali.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Unplugged è un programma scolastico per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti basato sul modello dell'Influenza Sociale e dell'Educazione Normativa. E' stato sviluppato e valutato nell'ambito di un progetto multicentrico europeo -**The European Drug Addiction Prevention (EU-Dap)** - che ha dimostrato che Unplugged è efficace nel prevenire l'uso di tabacco e cannabis, e gli episodi di ubriachezza nei ragazzi di 12-14 anni. L'effetto è mantenuto per alcol e cannabis ad un anno di follow-up. Il programma è efficace nel prevenire la stabilizzazione dell'uso più che nel promuovere la cessazione.

SOSTENIBILITÀ

Essendo l'intervento realizzato dagli insegnanti che, una volta formati, restano formatori per sempre, negli anni porterà l'intervento di prevenzione, effettuato negli Istituti Scolastici, a sistema. L'esperienza maturata in questi ultimi anni dimostra che la stretta collaborazione, che si mantiene per tutto l'anno scolastico, fra i referenti ASL del programma, i dirigenti scolastici e gli insegnanti formati contribuisce a mantenere alto il gradimento dell'intervento proposto e quindi ad una tenuta nel tempo. Le attività di monitoraggio previste dal programma e le schede di gradimento elaborate dagli insegnanti e dagli studenti a fine programma garantiscono efficaci correzioni di rotta e un'utile valutazione dei risultati ottenuti.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. Considerata l'età anagrafica del target il Sistema di Sorveglianza HBSC, attuato ogni 4 anni, potrebbe indirettamente indicarci un impatto dell'intervento sui ragazzi di 13 e 15 anni. L'andamento della copertura dell'intervento viene verificato in una stretta collaborazione fra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I contenuti del programma sono rivolti a tutti gli alunni delle classi target. Si tratta di un intervento di prevenzione universale, pertanto un'attività rivolta alla popolazione e non individuale. Inoltre è un'attività di prevenzione che viene svolta all'interno delle ore curriculari e dai propri insegnanti, che sono già ampiamente a conoscenza, trattandosi di alunni della seconda classe della Scuola Secondaria di



1° grado, di eventuali diseguaglianze legate a particolari situazioni familiari o ad assenze da scuole ripetute. Inoltre l'intervento è realizzato per promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) pertanto nello svolgimento dell'intervento stesso sono presenti quelle condizioni che permettono l'affronto e il superamento di eventuali diseguaglianze. Infine la valutazione di efficacia , effettuata con un progetto multicentrico europeo - ***The European Drug Addiction Prevention (EU-Dap)*** – ha dimostrato benefici maggiori sui ragazzi delle scuole più svantaggiate.

OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni

- 1 - Aumentare la proporzione di popolazione in età adolescenziale in cui sono state intraprese azioni di rafforzamento e consolidamento delle abilità intrapersonali e interpersonali (benessere psicosociale).
- 2 – Diffondere una corretta educazione normativa rispetto alla diffusione dei comportamenti d'abuso e aumentare le abilità di resistenza da parte degli adolescenti nei cfr delle sostanze.
- 3 - Aumentare le conoscenze sui rischi connessi all'uso di sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.

I suddetti obiettivi saranno perseguiti perseguiendo l'obiettivo operativo di Aumentare gli Istituti Scolastici con alunni che hanno sviluppato fattori di protezione (*life skills, empowerment*)

TARGET	Finali: studenti del secondo anno della scuola secondaria di I grado e Intermedi: operatori socio-sanitari e insegnanti
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	L'intervento scaturisce da una collaborazione fra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale sancita con l'adozione di un protocollo che ribadisce il ruolo centrale della scuola nelle politiche di prevenzione, mirando all'obiettivo di una co-progettazione di interventi consolidati su evidenza di efficacia e sostenibili. Nella realizzazione dell'intervento i principali portatori d'interesse risultano essere i genitori degli alunni ai quali verrà presentato il programma e ai quali sarà chiesto un convinto sostegno e rinforzo sui contenuti che affronteranno i ragazzi.

INDICATORI DI PROCESSO				
Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica INDICATORE SENTINELLA	0	5%	10%	15%

ATTIVITÀ

- Richiesta di adesione agli Istituti Scolastici e relativa raccolta delle adesioni
- Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono.
- Corso di formazione di 20 ore per gli Insegnanti mai formati degli Istituti Scolastici che aderiranno
- Svolgimento del progetto nelle classi di 2° media all'interno delle ore curriculari
- Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto come supervisione dell'andamento delle attività svolte negli Istituti Scolastici monitoraggio dell'intervento e valutazione di processo

ANALISI DEI RISCHI



- L'autonomia degli Istituti Scolastici circa la scelta delle attività integrative non permette di quantificare la numerosità delle adesioni e l'adesione non garantisce automaticamente una partecipazione al progetto con l'80% delle classi target. Si è pensato di far fronte a questo rischio, avviando un lavoro fra i referenti per le ASL del programma, il Referente per la salute dell'Ufficio Scolastico Regionale e i Dirigenti Scolastici, referenti per la salute Provinciali, per la costituzione di una rete di scuole che promuovono la salute.
- La partecipazione degli insegnanti al programma su base volontaria non garantisce dopo la formazione l'avvio del progetto nelle classi partecipanti. Si è pensato di far fronte a questo rischio prevedendo la possibilità di premiare le scuole che concludono il programma con attrezzature indispensabili per la didattica.

CRONOPROGRAMMA

	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4°t	1°t	2°t.	3°t	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t	1°t.	2°t.	3°t.
Richiesta di adesione agli Istituti Scolastici e relativa raccolta delle adesioni	X				X				X			
Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono	X				X				X			
Corso di formazione di 20 ore per gli Insegnanti mai formati degli Istituti Scolastici che aderiranno	X				X				X			
Svolgimento del progetto nelle classi di 2° media all'interno delle ore curriculare		X	X			X	X			X	X	
Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto come supervisione dell'andamento delle attività svolte negli Istituti Scolastici			X				X				X	

AZIONEn. 6: PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE: - WELL-BEING IS WELL-DOING

(obiettivo centrale 3.1 – 3.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Il Piano Nazionale della Prevenzione pone l'attenzione sia sui **fattori di rischio** (status economico e lavorativo, livello di scolarità, standard di vita, salute fisica, coesione familiare, discriminazione, violazione dei diritti umani ed esposizione a eventi avversi come violenza sessuale, abuso e trascuratezza) che possono favorire l'insorgenza di una patologia psichiatrica, ma soprattutto sui **fattori protettivi** che aiutano a sviluppare resilienza di fronte ad eventi stressanti e/o traumatici.

La scuola secondaria di primo e secondo grado è "abitata" da soggetti che hanno ormai imparato a definirsi come soggetti attivi e autodeterminati all'interno della propria comunità di riferimento. Vengono sviluppati i primi modelli interni di riferimento rispetto al modello di benessere e salute alla quale il soggetto desidera adattare il proprio stile di vita. In questa prospettiva l'educazione tra pari (*Peer education*) si qualifica come la strategia più rispettosa delle istanze evolutive, delle caratteristiche psicopedagogiche e delle funzioni cognitive che connotano questa fase del ciclo di vita.

EVIDENZE DI EFFICACIA

A livello fondativo l'educazione tra pari, riconosce la centralità del ruolo dei pari nell'ideazione, progettazione e realizzazione di iniziative e interventi per la promozione del proprio benessere psicofisico, relazionale e ambientale a scuola e nel territorio. A differenza di altri modelli di intervento animativi e pedagogico, l'educazione tra pari propone una "rivoluzione di paradigma". Si passa, infatti, dagli adulti esperti ad adulti counsellor e facilitatori di processi; da adolescenti destinatari



dell'intervento o addestrati a condurre l'intervento ad adolescenti ideatori e realizzatori autonomi delle proprie iniziative. A livello operativo questo modello propone una struttura contenitore dinamica e flessibile in cui: i pari scelgono i pari; i ragazzi scelgono autonomamente il tema di promozione della salute che vogliono sviluppare e si assumono direttamente la responsabilità delle azioni che intendono realizzare.

SOSTENIBILITÀ

Gli interventi di educazione tra pari, pur nella differenza del modello di sviluppo utilizzato come riferimento prevedono tutti una sequenza di fasi così programmata: individuazione di una fascia target e selezione dei *Peer educators* (la selezione è il primo momento di avvio del progetto) e la costituzione e la formazione del gruppo dei *Peer educators*. Il gruppo con cui si lavora è costituito da soggetti che provengono da classi diverse e che in molti casi non si conoscono. Questa fase è finalizzata a: conoscersi, analizzare le proprie prefigurazioni, contrattare-chiarire e ridefinire la mission, definire progressivamente la propria assunzione di responsabilità e iniziare ad esplorare le rappresentazioni del gruppo e dei singoli *Peer educators* sull'universo adolescenziale. Nella fase di Progettazione delle azioni, il gruppo è formato e supportato nell'elaborazione di un progetto d'intervento e nella stesura di un piano operativo strutturato per fasi. Al gruppo vengono inoltre proposte possibilità di approfondimenti sui temi scelti come aree su cui progettare le azioni.

La fase di Realizzazione delle azioni nella scuola, prevede che il ruolo degli adulti evolva da conduttore a counsellor: nel primo anno l'animatore adulto ha la funzione di condurre ogni singolo incontro e accompagnare i processi di definizione del gruppo degli educatori tra pari (acquisizione di competenze, sostegno al ruolo, ecc.) mentre nel secondo anno la funzione di counselling si limita a sostenere il passaggio dall'autonomia progettuale all'autonomia operativa. È il gruppo che definisce la domanda di aiuto all'adulto e lo interpella su questioni specifiche da affrontare.

Tale percorso valorizza la costruzione di processi di empowerment tra gli adolescenti quale risorsa primaria per promuovere salute all'interno del proprio sistema di pari. L'approccio degli adulti al sistema di pari non avviene in termini di rischio o pressione, bensì in termini di potenzialità, risorse, competenza.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Questo programma di prevenzione pone le sue basi strutturali su Educazione Razionale-Emotiva (ERE), Life Skills, Intelligenza emotiva (Goleman, 1996) e Resilienza.

L'ERE è una procedura psicoeducativa che mira ad educare l'individuo ad affrontare le proprie emozioni disfunzionali imparando a potenziare la propria capacità di pensare in modo costruttivo e razionale (Di Pietro, Dacomo 2014 in Giochi e attività sulle emozioni, Erikson).

Il modello delle Life Skills, è quello proposto dall'OMS (1993) per aumentare le abilità psicosociali dell'area personale, sociale, interpersonale, cognitiva e affettiva dell'individuo, adottandole quali tecniche privilegiate per la promozione dell'Educazione alla Salute nell'ambito scolastico.

Nell'ambito del programma, inoltre, sono predisposte azioni per il riconoscimento tempestivo dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale, sistemi per il collegamento dell'adolescente con una rete a lui dedicata nel territorio, la consulenza, la diagnosi e la presa in carico.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Gli interventi saranno impiernati sull'insegnamento della capacità di definire obiettivi realistici e stimolanti, di affrontare e risolvere problemi, di comunicare in modo più efficace e assertivo, di sviluppare l'autodisciplina, di migliorare le abilità di negoziazione e di cooperazione, di migliorare la capacità di controllo degli impulsi e di promuovere quella di tenere maggior conto delle reazioni emotive degli altri.

- La conoscenza delle proprie emozioni – Consapevolezza di sé: l'autoconsapevolezza o consapevolezza di sé, intesa come la capacità di riconoscere un sentimento nel momento in cui esso si presenta. Comporta la conoscenza dei propri stati interiori: preferenze, risorse e intuizioni.



- Il controllo delle emozioni – Padronanza di sé: la capacità di controllare i sentimenti in modo che essi siano appropriati, o padronanza di sé, che si fonda sull'autoconsapevolezza. Comporta la capacità di controllare i propri stati interiori, i propri impulsi, le proprie risorse.
- La motivazione di se stessi – Motivazione: la capacità di dominare le emozioni per raggiungere un obiettivo ovvero la capacità di ritardare la gratificazione e di controllare gli impulsi. Comporta tendenze emotive che guidano o facilitano il raggiungimento di obiettivi.
- Riconoscimento delle emozioni altrui – Empatia: la capacità di cogliere i sottili segnali sociali che indicano bisogni o desideri altrui. Comporta la consapevolezza dei sentimenti, delle esigenze e degli interessi altrui.
- Gestione delle relazioni – Abilità sociali: abilità nelle relazioni interpersonali. Comportano abilità nell'indurre risposte desiderabili negli altri.
- Questo lavoro di alfabetizzazione emotiva pone le basi per l'obiettivo principale del progetto che è quello di rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali

OBIETTIVI SPECIFICI

- 1** - Aumentare la proporzione di popolazione in età adolescenziale in cui sono state intraprese azioni di rafforzamento e consolidamento delle abilità intrapersonali e interpersonali (benessere psicosociale).
- 2** – Rafforzare le capacità personali e sociali di resilienza e di empowerment

TARGET	Insegnanti e studenti delle scuole secondarie di Primo e di secondo grado, famiglie (2^ o 3^ I grado e biennio II grado)
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	Scuola, Operatori Sanitari

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% degli alunni) alla progettazione regionale specifica	0	5%	10%	15%
n. incontri/n. interventi (Educazione Razionale-Emotiva) E.R.E. realizzati per gli insegnanti nell'intero territorio regionale in un singolo anno (INDICATORE SENTINELLA)	0	Almeno 2 incontri / anno	Almeno 3 incontri / anno	Almeno 4 incontri / anno

ATTIVITÀ

Interventi per i Dirigenti Scolastici e Interventi per gli insegnanti

- Si proporranno agli insegnanti dei programmi di educazione razionale-emotiva (ERE) da effettuare con gli alunni, al fine di creare situazioni di apprendimento in cui i ragazzi acquisiscano consapevolezza dei propri stati emotivi e dei meccanismi cognitivi che li influenzano per poi utilizzare queste conoscenze nella vita di ogni giorno.

Interventi per i ragazzi

- All'interno della scuola saranno effettuati degli incontri rivolti agli studenti, al fine di valorizzare le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, autoefficacia, resilienza.



Gli interventi si svolgeranno sia all'interno delle classi che all'interno di altri spazi scolastici, al fine di accrescere il senso di appartenenza e il rispetto degli studenti per l'ambiente scolastico. Inoltre l'obiettivo è rendere i ragazzi i protagonisti principali del progetto, guidandoli nella realizzazione di attività concrete (mostre, cortometraggi, video musicali, ecc.) attinenti al tema del progetto.

Consulenza, Diagnosi e presa in carico precoce

- Il servizio di Neuropsichiatria Infantile dedicato all'adolescenza, lavorando all'interno della scuola attraverso figure professionali formate per la diagnosi precoce dei disturbi adolescenziali, provvederà, attraverso attività di consulenza ad una diagnosi ed ad una presa in carico precoce degli adolescenti che, sono spesso costretti ad itinerare invano insieme alle loro famiglie in cerca di una comprensione del loro disagio psichico.

Interventi di formazione/informazione per genitori

- Si effettueranno incontri dedicati a genitori sull'adolescenza, per accrescere la cultura di questa complessa fase evolutiva e fornire strategie educative per valorizzare i giovani e comprendere meglio le loro difficoltà

ANALISI DEI RISCHI

Gli elementi interni ed esterni che potrebbero ostacolare il raggiungimento dei valori attesi delle azioni e il raggiungimento degli obiettivi specifici sono:

- carenza di personale dedicato
- numero di ore previste insufficienti
- scarsa disponibilità degli Istituti scolastici
- bassa partecipazione di insegnanti e famiglie agli eventi formativi.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

ATTIVITA'	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015	2016	2016	2017	2017	2018	2018	2019	2019	2020	2020	2021
	4°t	1°t	2°t.	3°t	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t	1°t.	2°t.	3°t.
Richiesta di adesione agli Istituti Comprensivi e relativa raccolta delle adesioni	X				X				X			
Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Comprensivi che aderiscono	X				X				X			
Corso di formazione di 20 ore per gli Insegnanti mai formati degli Istituti Comprensivi che aderiranno	X				X				X			
Svolgimento del progetto nelle classi di 2° media all'interno delle ore curriculare		X	X			X	X			X	X	
Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto come supervisione dell'andamento delle attività svolte negli Istituti Comprensivi			X				X				X	

AZIONE n. 7 : LA SCUOLA SI...CURA DEI FUTURI LAVORATORI

(obiettivo centrale 7.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

L'attenzione al tema dell'integrazione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro nei curricula scolastici risale all'inizio degli anni 2000, quando l'Unione Europea integrava nella propria strategia per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro 2002 – 2006 l'obiettivo del rafforzamento della cultura della



prevenzione attraverso l'istruzione e la formazione, preparando i bambini e i giovani alla futura vita lavorativa.

Il D.Lgs. n. 81/08 (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro) prevede poi l'inserimento nell'attività scolastica di specifici percorsi formativi "trasversali" alle diverse materie scolastiche, volti a favorire la conoscenza di tali tematiche, e il Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 inserisce tra i suoi obiettivi centrali il coinvolgimento dell'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori. Tale coinvolgimento rappresenta una strategia concorrente alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso l'empowerment dello studente, futuro lavoratore, e anticipa la formazione generale prevista dall'art. 37 del D.Lgs. 81/08.

Nella regione Abruzzo sono state in passato condotte esperienze episodiche, nella forma di incontri tra operatori dei SPSAL e studenti di scuole secondarie superiori ad indirizzo tecnico, finalizzati alla trasmissione di conoscenze specifiche.

Con questa azione (che si inquadra tra le azioni previste dal protocollo di intesa tra Regione Abruzzo e USR) si intende avviare nella regione una strategia che, secondo i principi individuati dall'Unione Europea e ispirandosi a buone pratiche realizzate anche in altre regioni italiane, coinvolga studenti e insegnanti, oltre agli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) delle ASL e ai Tutor REACH/CLP individuati dall'USR, nello sviluppo di competenze chiave orientate alla salute e sicurezza sul lavoro, basato sull'apprendimento orientato all'esperienza e sul dialogo.

Le azioni previste nel Programma n. 8 (Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali) sono orientate prioritariamente ai due compatti produttivi maggiormente problematici nella regione dal punto di vista dei rischi per la salute e la sicurezza: costruzioni e agricoltura. Pertanto, si individuano come target per il progetto le ultime due classi degli istituti tecnici con indirizzo Costruzioni, Ambiente e Territorio, Agraria – Agroalimentare e Agroindustria, e di quelli professionali con indirizzo Servizi per l'agricoltura e lo sviluppo rurale.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Come già evidenziato, il progetto segue i principi ed i criteri individuati dall'Unione Europea (Dichiarazione di Roma sull'integrazione della salute e sicurezza nella formazione scolastica e professionale, 2003), le indicazioni del D.Lgs. n. 81/08 e si ispira a buone pratiche già messe in atto anche in altre regioni italiane.

SOSTENIBILITÀ

L'intervento sarà realizzato (tranne che per occasionali incontri con operatori SPSAL) direttamente dagli insegnanti formati: le competenze sviluppate dai formatori consentiranno di mantenere nel tempo le attività, portandole a sistema.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il monitoraggio del progetto (condotto in collaborazione tra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale) riguarda l'adesione degli istituti scolastici target e, nel loro ambito, il numero di classi degli ultimi due anni coinvolte.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I contenuti del programma sono rivolti a tutti gli alunni delle classi target di istituti ad indirizzo professionalizzante, formati per l'ingresso nel mondo del lavoro in compatti a particolare rischio per la salute e per la sicurezza.

OBIETTIVO SPECIFICO e sue articolazioni

Aumentare le competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro presso la fascia di popolazione giovanile prossima all'immissione nel mondo del lavoro, in particolare nei settori produttivi dell'agricoltura, dell'ambiente e dell'edilizia.

Tale obiettivo sarà perseguito supportando la formazione basata sullo sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro degli alunni delle due ultime classi degli istituti tecnici e



professionali con indirizzo Costruzioni, Ambiente e Territorio, Agraria agroalimentare e Agroindustria, Servizi per l'agricoltura e lo sviluppo rurale.

TARGET	Alunni delle ultime due classi degli istituti tecnici e professionali con indirizzo: Costruzioni, Ambiente e Territorio, Agraria – agroalimentare e Agroindustria, Servizi per l'agricoltura e lo sviluppo rurale.
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	L'intervento scaturisce da una collaborazione fra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale sancita con l'adozione di un protocollo che ribadisce il ruolo centrale della scuola nelle politiche di prevenzione, mirando all'obiettivo di una co-progettazione di interventi consolidati su evidenza di efficacia e sostenibili. Nella realizzazione dell'intervento i principali portatori d'interesse risultano essere i genitori degli alunni ai quali verrà presentato il programma e ai quali sarà chiesto un convinto sostegno e rinforzo sui contenuti che affronteranno i ragazzi.

INDICATORI

Indicatori di Processo				
Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi degli indirizzi di studio interessati – cfr target) alla progettazione regionale specifica	0	10%	20%	30%

ATTIVITÀ

1. Seminari di illustrazione del progetto rivolti ai dirigenti degli Istituti Scolastici target attivi nella regione e richiesta di adesione
2. Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono.
3. Corso di formazione di 20 ore con il coinvolgimento nella docenza di operatori SPSAL della ASL competente per territorio e i Tutor REACH/CLP individuati dall'USR, rivolto agli Insegnanti delle ultime due classi degli Istituti che aderiranno
4. Svolgimento del progetto all'interno delle ore curriculari nelle classi coinvolte
5. Incontri diretti tra operatori SPSAL e studenti su richiesta degli insegnanti, per il trasferimento di esperienze maturate nel corso degli interventi di controllo negli ambienti di lavoro
6. Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto per il monitoraggio e il supporto alle attività svolte negli Istituti Scolastici coinvolti

ANALISI DEI RISCHI

- L'autonomia degli Istituti Scolastici circa la scelta delle attività integrative non permette di quantificare la numerosità delle adesioni e l'adesione non garantisce automaticamente una partecipazione al progetto con l'80% delle classi target. Si è pensato di far fronte a questo rischio, avviando un lavoro fra i referenti per le ASL del programma, il referente per la salute dell'Ufficio Scolastico Regionale e i dirigenti Scolastici referenti per la salute Provinciali, per la costituzione di una rete di scuole che promuovono la salute.



- La partecipazione degli insegnanti al programma su base volontaria non garantisce dopo la formazione l'avvio del progetto nelle classi partecipanti . Si è pensato di far fronte a questo rischio prevedendo la possibilità di premiare le scuole che concludono il programma con attrezzature indispensabili per la didattica

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

ATTIVITA'	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.
1) Seminari di illustrazione del progetto rivolti ai dirigenti scolastici degli Istituti Scolastici target attivi nella regione e richiesta di adesione	X											
2) Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono	X				X				X			
3) Corso di formazione di 20 ore con il coinvolgimento nella docenza di operatori SPSAL della ASL competente per territorio e dei Tutor REACH/CLP individuati dall'USR, rivolto agli Insegnanti delle ultime due classi degli Istituti che aderiranno			X				X				X	
4) Svolgimento del progetto all'interno delle ore curriculare nelle classi coinvolte			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5) Incontri diretti tra operatori SPSAL e studenti su richiesta degli insegnanti, per il trasferimento di esperienze maturate nel corso degli interventi di controllo negli ambienti di lavoro			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto per il monitoraggio e il supporto alle attività svolte negli Istituti Scolastici coinvolti.			X				X				X	

AZIONE n. 8: ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI A RADIOFREQUENZA. COMUNICAZIONE SUL CORRETTO USO DELLA TELEFONIA CELLULARE

(obiettivo centrale 8.11)



RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

L'Azione di 'educazione ambientale: esposizione a campi elettromagnetici a radiofrequenza' si inserisce nell'ambito della riduzione delle esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.

L'obiettivo di salute è quindi 1) costituito dalla consapevolezza del rischio e dalla riduzione dell'esposizione della popolazione, soprattutto dei giovani e dei giovanissimi, alle radiazioni non ionizzanti a radiofrequenza utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e in particolare quelle emesse dai telefoni cellulari; 2) altro obiettivo di salute è anche il corretto uso dei telefoni cellulari inteso come prevenzione "del disagio da dipendenza da cellulare" e dell'isolamento dei giovani.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Com'è noto, l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), dopo aver esaminato e valutato la letteratura scientifica disponibile in relazione al potenziale rischio cancerogeno associato all'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza, ha classificato tali campi come 'possibilmente cancerogeni per l'uomo' inserendoli nel Gruppo 2B una categoria usata quando un'associazione causale è considerata possibile, ma quando errori o distorsioni nell'uso, non possono essere eliminati ad un grado soddisfacente.

La classificazione è stata basata sui risultati di alcuni studi epidemiologici che mostrano alcune associazioni tra l'uso dei telefoni cellulari e il rischio di tumori cerebrali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si è espressa in favore di ulteriori ricerche giustificate anche dal crescente utilizzo dei telefoni cellulari e dalla mancanza di dati per periodi d'uso maggiori di 15 anni. In particolare, data la popolarità dei cellulari tra i giovani, e quindi un periodo di esposizione potenzialmente più lungo nell'arco della vita, l'OMS ha promosso ulteriori ricerche sui possibili effetti sanitari nei bambini e negli adolescenti.

SOSTENIBILITÀ

Considerato che per quanto riguarda l'uso dei telefoni cellulari, esistono alcuni semplici accorgimenti che, se attuati, riducono l'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza, è evidente che una corretta informazione rivolta a sensibilizzare la popolazione sul corretto uso dei telefonini sia una delle strategie di intervento più efficaci per la prevenzione e la riduzione delle esposizioni.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Allo scopo di una adeguata informazione ai ragazzi su come utilizzare il telefono cellulare, ARPA, il Laboratorio di Compatibilità Elettromagnetica del Dipartimento di Ingegneria Industriale e dell'informazione e di Economia (DIIIE) dell'Università degli Studi di L'Aquila ed il Dottorato di ricerca in "e-learning, development & delivery" del Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università Chieti- Pescara, si rendono disponibili a fornire il contributo tecnico-scientifico per definire i contenuti e le modalità più efficaci per la preparazione del materiale informativo destinato al sistema scolastico per l'attività di formazione diretta ai docenti, alle famiglie e per altre eventuali iniziative del caso. Tutte le iniziative saranno valutate e concordate con l'Ufficio Scolastico Regionale dell'Abruzzo – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con la competente Sezione Istruzione della Regione

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Per contrastare i fattori di rischio sono quindi necessari interventi di promozione soprattutto verso i giovani, ma anche verso i bambini, dei sistemi di utilizzo dei telefoni cellulari definiti a 'mani libere' quali gli auricolari o i sistemi viva voce che, allontanando l'antenna dall'utilizzatore, possono ridurre l'esposizione; o di altri sistemi che riducono l'esposizione, come l'utilizzo dei messaggi di testo al posto delle conversazioni o, ancora, l'accorgimento di telefonare da posizioni che assicurino un buon segnale e quello di non tenere il cellulare vicino a sé quando non lo si usa.

OBIETTIVO SPECIFICO



Ridurre la proporzione di popolazione in età evolutiva (giovani e giovanissimi) esposta alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e, in particolare, quelle emesse dai telefoni cellulari

TARGET	Giovani e giovanissimi
SETTING	Scuola e Comunità sociale
INTERSETTORIALITÀ	Uffici della competente Direzione Scolastica Regionale – Laboratori Territoriali Provinciali - Nodi Centri Educ Ambient Abruzzo- Università Chieti-Pescara Dottorato di ricerca in “e-learning, development & delivery” Dipartimento di Medicina e Scienze dell’Invecchiamento, Università degli Studi di L’Aquila, Laboratorio di Compatibilità Elettromagnetica, Dipartimento di Ingegneria Industriale e dell’informazione e di Economia, Stakeholders (aziende produttrici e gestori)

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO				
<i>Fonte: Registri di Attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Analisi dell’esistente: realizzazione e somministrazione questionario autosomministrato	Non presente	Materiale prodotto	Materiale prodotto	
Progettazione e produzione di materiale divulgativo ed educativo sul corretto uso dei telefoni cellulari	Non presente	Materiale distribuito	Materiale distribuito	Materiale distribuito
Diffusione del materiale divulgativo ed educativo	Materiale prodotto	Materiale distribuito	Materiale distribuito	Materiale distribuito
Corsi di formazione		Progettazione realizzazione dei corsi	7	7

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1 - Produzione e diffusione di materiale divulgativo.

- Analisi dell’esistente: realizzazione di un questionario autosomministrato.
- Progettazione e produzione di materiale didattico-divulgativo e sua diffusione attraverso il Sistema Scolastico Regionale e la Rete di Laboratori di Educazione Ambientale Abruzzo.

2 - Formazione di docenti e famiglie

- Progettazione e realizzazione di corsi di formazione per docenti e famiglie

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

- Difficoltà di coinvolgimento delle scuole per elevata frammentazione del sistema scolastico e autonomia gestionale degli istituti scolastici
- Difficoltà di coinvolgimento delle famiglie.



CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

		2016	2017	2018
Attività 1	Progettazione, produzione e somministrazione di questionari	X	X	X
Attività 2	Progettazione, produzione e diffusione materiale divulgativo anche attraverso una campagna di comunicazione via web e con il coinvolgimento dei Laboratori Territoriali Provinciali - Nodi Educazione Ambientale Abruzzo	X	X	X
	Progettazione e realizzazione dei corsi di formazione per le famiglie	X	X	X

AZIONE n. 9 - "SENSIBILIZZAZIONE SUI RISCHI DELL'ECESSIVA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI UV"

(obiettivo centrale 8.1

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Le radiazioni Ultraviolette, provenienti dal sole o irradiate da apparecchiature artificiali, sono considerate, da parte della Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) affiliata alla Organizzazione Mondiale della Sanità, come la principale causa di tumori cutanei e di cataratta nell'uomo. I tumori indotti da tali radiazioni possono essere melanoma od epitelomi (NMSC).

Il melanoma rappresenta il tumore maligno che insorge a partire dai melanociti. Fra i fattori di rischio si annoverano : fototipo I-II (Occhi chiari, pelle chiara capelli biondi o rossicci), numero totale di nevi, eritemi solari intensi in età preadolescenziale, fattori genetici, anamnesi familiare per melanoma, anamnesi personale melanoma.

Esistono dati molto robusti che dimostrano come l'esposizione a radiazioni ultraviolette e gli eritemi solari soprattutto in età preadolescenziale ed adolescenziale possano aumentare il rischio di sviluppare melanoma. Inoltre recenti metanalisi hanno dimostrato come l'effettuare esposizioni a radiazioni per motivi ricreativi (lampade abbronzanti) aumenta del 75% se si inizia ad utilizzare tali lampade prima dei 30 anni. (IARC Monographs 100D. *Radiation a review of Human carcinogens*).

Gli epitelomi sono tumori cutanei che insorgono a partire dai cheratinociti.

Di tale gruppo di tumori fanno parte il carcinoma spinocellulare e il carcinoma basocellulare. Questi due tumori rappresentano circa il 95 % della totalità dei tumori cutanei. Nonostante presentino una bassa mortalità (tranne che per alcuni sottotipi istologici e per alcune localizzazioni) questi tumori sono gravati da una discreta morbilità.

L'esposizione solare sia continua (fotoinvecchiamento, sviluppo di cheratosi attiniche) che intermittente (scottature ripetute nel tempo) aumenta il rischio di sviluppare carcinoma squamocellulare. (IARC Monographs 100D. *Radiation a review of Human carcinogens*). Aver subito eritemi solari intensi aumenta il rischio di sviluppare un carcinoma squamocellulare dal 40 fino al 400% a seconda degli studi presi in considerazione nell' ultimo decennio. (IARC Monographs 100D. *Radiation a review of Human carcinogens*). Il rischio aumenta nei soggetti giovani se effettuano sessioni ricreativali di esposizione a radiazioni ultraviolette artificiali prima dei 20 anni.

Dati sull' incidenza e prevalenza dei tumori cutanei nella regione Abruzzo sono derivati da stime desunte da registri tumori provinciali (AIRTUM 2014) e da studi epidemiologici (Amerio P. et al Int J Dermatol 2009). Lo studio epidemiologico di Amerio P et al ha permesso di stabilire che i casi incidenti di



melanoma nella regione Abruzzo nel quadriennio 2002-2005 sono variati da 114 a 152 casi. I dati dimostrano come il tasso di incidenza in Abruzzo si possa avvicinare a 14.1 per 100,000 persone /anno. Uno studio del 2013 inoltre stimava, attraverso un analisi statistica utilizzando i valori di mortalità (Foschi R et al Tumori 2013; 99: 366-373) che l'incidenza del melanoma in Abruzzo e Molise fosse per il 2015 di 17/100000 ab nell'uomo e di 10 /100000 ab nella donna.

Dati riguardo i tumori cutanei non melanomi non sono invece disponibili per la regione Abruzzo

EVIDENZE DI EFFICACIA

In Abruzzo le campagne di sensibilizzazione nei riguardi dei tumori cutanei sono state svolte sempre in maniera sporadica e frammentaria e per lo più per volontà di singoli attori o enti.

Un recente studio ha permesso di stabilire che la popolazione abruzzese riconosce che il melanoma possa essere un tumore che insorge da un nevo modificato.

Tuttavia la conoscenza dei fattori di rischio di tale tumore è alquanto frammentaria nella popolazione solo il 50 % riconosce il valore dell' esposizione solare quale fattore di rischio principale . Inoltre le azioni conseguenti volte a minimizzare il rischio sono alquanto limitate e non attuate con costanza.

Il presente progetto si inserisce nella prospettiva della prevenzione poichè è proprio nella età preadolescenziale ed adolescenziale che il danno delle radiazioni ultraviolette si esplica principalmente.

SOSTENIBILITÀ

Il progetto mira ad aumentare la consapevolezza delle azioni nocive delle radiazioni ultraviolette nella popolazione pediatrica ed adolescente con il supporto dei docenti scolatici, per ridurre il rischio di sviluppo di carcinomi cutanei e di melanomi legati a tale esposizione. La formazione degli insegnanti rende negli anni l'intervento di sistema.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Con cadenza annuale si procederà alla redazione di un rapporto sintetico sulle attività svolte e sullo stato di avanzamento del progetto.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'intervento sarà offerto universalmente a scuole che vorranno aderire.

OBIETTIVO SPECIFICO e sue articolazioni

Aumentare le conoscenze e le competenze presso la popolazione in età evolutiva (giovani e giovanissimi) sui danni indotti dall'esposizione ricreativa (naturale e artificiale) ai raggi UV.

Tale obiettivo sarà perseguito attraverso il supporto degli insegnanti di scuola secondaria di primo grado e dei genitori rappresentanti di classe che saranno formati allo scopo.

TARGET	Insegnanti della scuola secondaria di primo grado e genitori rappresentanti di classe.
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	Istituzioni scolastiche e servizio sanitario.

INDICATORI

Indicatori di processo				
Fonte: Registri di Attività	Baseline	2016	2017	2018



Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	nessuno	5%	10%	15%
--	---------	----	-----	-----

ATTIVITÀ

Coinvolgere gli educatori (insegnanti e genitori) delle scuole secondarie di primo grado coinvolte nella attuazione di progetti che aumentino la consapevolezza degli effetti delle radiazioni UV sulla cute.

Descrizione: Si intende effettuare degli incontri di informazione e formazione con gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado e dei genitori rappresentanti di classe aderenti al progetto e fornire supporto metodologico e scientifico per l'attuazione di progetti scolastici volti ad aumentare la consapevolezza nei giovani e giovanissimi delle scuole aderenti.

Le Attività principali saranno:

1. Individuazione delle strutture scolastiche oggetto del progetto.
2. Sensibilizzazione e informazione sulla relazione fra UV e tumori cutanei agli insegnanti della scuola secondaria di primo grado e ai genitori rappresentanti di classe attraverso incontri formativi-informativi.
3. Supporto e monitoraggio all'attuazione di progetti scolastici sul tema dei danni da radiazioni ultraviolette.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

ATTIVITA'	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4°t	1°t	2°t	3°t	4°t	1°t	2°t	3°t	4°t	1°t	2°t	3°t
Individuazione delle strutture scolastiche oggetto del progetto	X				X				X			
Sensibilizzazione e informazione sulla relazione fra UV e tumori cutanei agli insegnanti della scuola secondaria di primo grado e ai genitori rappresentanti di classe attraverso incontri formativi-informativi		X				X				X		
Supporto e monitoraggio dell'attuazione di progetti scolastici con tema i danni delle radiazioni ultraviolette			X				X				X	

ANALISI DEI RISCHI

Disponibilità, da verificare, delle strutture scolastiche a partecipare al Programma e a porre in essere le azioni compatibilmente con il raggiungimento degli obiettivi scolatici.



Schema sinottico n.1: Macro Obiettivi e relativi Obiettivi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione
e articolazioni in azioni del Programma “A scuola ... di salute” n.2 della Regione Abruzzo.

MACROBIETTIVO	OBIETTIVO CENTRALE	AZIONI	OBIETTIVI SPECIFICI
MO 2.1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.3 promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	<p>Azione n.1 Rete abruzzese delle scuole promotrici di salute</p> <p>Azione n.2 Incremento dell'attività motoria nelle 1^ e 2^ classi della scuola primaria</p> <p>Azione n.3 SCHOOLWIDE PHYSICAL ACTIVITY. Approccio ecologico per l'incremento dell'attività fisica nel <i>setting</i> scolastico</p> <p>Azione n.4 Sana alimentazione per una scuola in salute</p> <p>Azione n.5 Prevenzione del disagio psicosociale: implementazione del programma unplugged</p>	<p>1.Migliorare il benessere percepito degli studenti e del personale scolastico; 2.Migliorare lo stile di vita associato all'esperienza scolastica; 3.Migliorare il successo scolastico; 4.Favorire la prevenzione primaria e secondaria del disagio psico-sociale; 5.Aumentare il livello di consapevolezza sul significato e il valore della salute, responsabilizzando i singoli e l'intera comunità scolastica.</p> <p>Favorire l'incremento dell'attività motoria svolta nelle attività curriculari con un intervento a favore degli alunni di tutte le classi prime e seconde di tutte le Scuole Primarie della Regione Abruzzo.</p> <p>1.Allestire e rendere <i>routinaria</i> l'utilizzazione dei <i>marked playgrounds</i> nelle scuole interessate dall'intervento, massimizzando la fruizione da parte dei bambini durante l'orario scolastico ed extrascolastico. 2.Organizzare e portare a regime quotidiano il trasporto attivo verso e dalla scuola (<i>piedibus</i>) mediante la collaborazione con la polizia municipale e le famiglie. 3.Favorire l'inserimento del movimento e l'interruzione del comportamento sedentario nelle ore curriculari attraverso l'inserimento di <i>breaks</i> attivi e attività per l'apprendimento di altre discipline centrate sul movimento. 4.Incrementare i livelli di attività motoria extrascolastica mediante i 'compiti motori' a casa. 5.Promuovere lo stile di vita attivo presso gli adulti significativi attraverso la diffusione delle linee guida per i livelli raccomandati di attività fisica e sedentarietà in età evolutiva e adulta. 6.Fornire alla comunità (famiglie, municipalità, per es.) uno strumento facilmente riproducibile in spazi alternativi (es. cortile di casa, parchi gioco comunali) ottenendo una amplificazione dell'effetto.</p> <p>Obiettivo specifico del progetto è aumentare la proporzione di istituti scolastici con alunni che hanno sviluppato comportamenti alimentari sani (frutta e verdura) verificabile tramite questionario sulle abitudini alimentari e report sorveglianze.</p> <p>1.Aumentare gli Istituti Scolastici con alunni che hanno sviluppato fattori di protezione (<i>life skills, empowerment</i>) e l'adozione di comportamenti sani (fumo e alcol). 2.Favorire e consolidare il rafforzamento delle competenze interpersonali 3.Sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali 4.Modificare le errate convinzioni sulla diffusione e accettazione sociale dell'uso di sostanze 5.Aumentare le conoscenze sui rischi connessi all'uso di sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze</p>



Continua

MO 2.3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione di processi di empowerment personali e sociali 3.2 identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	Azione n.6 Prevenzione del disagio psicosociale: well-being is weel-doing	1.Promuovere il benessere mentale negli adolescenti all'interno degli Istituti scolastici 2.Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali
MO 2.4. Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	4.1 aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	Azione n.5 Prevenzione del disagio psicosociale: implementazione del programma unplugged	1.Aumentare gli Istituti Scolastici con alunni che hanno sviluppato fattori di protezione (<i>life skills, empowerment</i>) e l'adozione di comportamenti sani (fumo e alcol). 2.Favorire e consolidare il rafforzamento delle competenze interpersonali 3.Sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali 4.Modificare le errate convinzioni sulla diffusione e accettazione sociale dell'uso di sostanze 5.Aumentare le conoscenze sui rischi connessi all'uso di sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze
MO 2.7. Prevenire infortuni e malattie professionali	7.6 coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	Azione n.7 La scuola si...cura dei futuri lavoratori	Supportare la formazione basata sullo sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro degli alunni delle due ultime classi degli istituti tecnici e professionali con indirizzo Costruzioni, Ambiente e Territorio, Agraria agroalimentare e Agroindustria, Servizi per l'agricoltura e lo sviluppo rurale.
MO 2.8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.11 sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	Azione n.8 Esposizione a campi elettromagnetici a radiofrequenza. Comunicazione sul corretto uso della telefonia cellulare	Riduzione dell'esposizione della popolazione con particolare attenzione al target di età pediatrica (soprattutto giovani e giovanissimi) alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e, in particolare, quelle emesse dai telefoni cellulari.
	8.12 interventi alla popolazione in particolare ai giovani e giovanissimi sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Azione n.9 Sensibilizzazione sui rischi dell'eccessiva esposizione a radiazioni UV	Aumentare la consapevolezza nella popolazione adolescenziale e preadolescenziale dei danni indotti dall'esposizione ricreationale (naturale ed artificiale) alle radiazioni ultraviolette con il supporto degli insegnanti della scuola secondaria di primo grado e dei genitori rappresentanti di classe