

LA SCUOLA CHE “FA BENE”

L'esperienza della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia

benessere life skills
collaborare salute
scuola attività fisica
alimentazione
comunita'

Milano, maggio 2014

“La salute è creata e vissuta dalle persone all’interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama”

The Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, 1986

Indice

| | |
|--|----|
| 1. Promuovere la salute nelle scuole <i>Bruna Baggio, Corrado Celata, Liliana Coppola</i> | 5 |
| 2. Fare rete per star bene e migliorare gli apprendimenti <i>Ennio Ripamonti</i> | 10 |
| 3. La Rete regionale SPS <i>Alessandro Pozzi, Laura Stampini</i> | 25 |
| 4. Il profilo di salute e gli strumenti <i>Danilo Cereda, Laura Stampini</i> | 32 |
| 5. I documenti della Rete SPS <i>Intesa Regionale, Accordo di Rete, Carta d'Iseo</i> | 43 |
| 6. Gli attori della Rete SPS | 62 |

1.

PROMUOVERE LA SALUTE NELLE SCUOLE

Bruna Baggio¹, Corrado Celata², Liliana Coppola³

Partire da un'età precoce

L'importanza di promuovere e sostenere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute sin dalla prima infanzia, in un'ottica di prevenzione di fattori di rischio quali obesità infantile, tabagismo, abuso di alcool e consumo di sostanze, chiama in causa una molteplicità di attori e di istituzioni e tra questi la scuola è certamente quella fondamentale.

Non è certamente una novità: negli anni passati sono stati davvero molti i programmi e le azioni realizzati pensando all'importanza di svolgere un'azione preventiva a partire da un'età precoce e al fondamentale ruolo educativo della scuola. Tuttavia, sul piano dell'approccio, il metodo privilegiato è stato di tipo contenutistico-informativo ed i risultati ottenuti si sono dimostrati non solo poco rilevanti in termini di rapporto fra costi e benefici, ma soprattutto scarsamente persistenti nel tempo.

Nonostante gli sforzi profusi non si è riusciti a incidere efficacemente sui comportamenti e sugli atteggiamenti dei giovani a cui ci si è rivolti, così come non si è stati in grado di capitalizzare adeguatamente in termini di salute le potenzialità educative e formative offerte del contesto scolastico.

L'evoluzione dello scenario teorico-concettuale, sia del mondo sanitario sia di quello scolastico, ha determinato dunque l'esigenza di un cambiamento radicale della visione e degli approcci in tema di salute. Si è consolidato il concetto di "promozione della salute" come *"quel processo che mette le persone e le comunità in grado di assumere decisioni, e la cui responsabilità non è esclusiva del settore sanitario"*⁴ e che, pertanto, impegna alla responsabilità diversi settori della società tra i quali la scuola.

In tal senso lo sguardo d'azione nel contesto scolastico

1 MIUR – Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

2 Regione Lombardia – DG Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato

3 Regione Lombardia – DG Salute

4 WHO (1986), The Ottawa Charter for Health Promotion

si è molto ampliato rispetto al tradizionale concetto di "educazione alla salute" implicando, infatti, la necessità di adottare un approccio globale e di realizzare *"politiche per una scuola sana, ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale, curricula educativi per la salute, collegamenti e attività comuni con altri servizi rivolti alla cittadinanza e con i servizi sanitari"*.

Sostenere processi di empowerment

Questa prospettiva, supportata da una vasta letteratura e da molte esperienze validate su scala internazionale, chiama il sistema sanitario della prevenzione ad un riorientamento in termini di "appropriatezza" (efficacia, inter-settorialità, sostenibilità ed equità) delle proprie azioni, e verso un ruolo di *advocacy* finalizzato a promuovere e sostenere processi di *empowerment* delle comunità e delle organizzazioni in cui le persone vivono quotidianamente.

Parallelamente le novità normative che hanno potenziato l'autonomia delle singole istituzioni scolastiche, hanno sancito da un lato il principio della personalizzazione dei percorsi formativi, che devono essere centrati sui reali bisogni educativi e formativi dei singoli alunni, e dall'altro hanno accresciuto la responsabilità delle singole comunità scolastiche nel promuovere gli apprendimenti degli alunni e nel monitorare e tenere costantemente sotto controllo l'intero processo educativo nel quale si colloca anche l'esperienza scolastica. Fra gli addetti ai lavori di entrambi i settori è cresciuta quindi la consapevolezza che migliorare la salute e l'istruzione sono obiettivi strettamente interconnessi: agire nel campo dell'istruzione, infatti, non ha solo il potere di incrementare il livello culturale e la prosperità economica di un paese, ma ha anche un impatto notevole in termini di risultati di salute, poiché lo sviluppo delle competenze di vita (*life skills*), che è uno dei compiti fondamentali della scuola, consente ai singoli e ai gruppi di adottare comportamenti positivi e di sviluppare capacità di adattamento che li rendono capaci di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni e in grado di mantenere il controllo sulla qualità della propria salute.

La scuola, in quanto luogo di apprendimento, gioca dunque un ruolo *primario ed essenziale* nello sviluppo e mantenimento di salute e benessere sin dall'età giovanile: attraverso l'attività curriculare, le caratteristiche organizzative e ambientali, le relazioni con le famiglie e con la comunità locale.

Una sedimentata storia di collaborazione istituzionale

In Lombardia lo storico percorso di collaborazione tra “sistema sanitario” e “sistema scolastico” in tema di prevenzione, avviato già a partire dagli anni '80, ha consentito di condividere a livello istituzionale fin dal 2006 un *Protocollo d'Intesa relativo alle attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole* sottoscritto dalla Direzione Generale Salute di Regione Lombardia e dall'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia.

Questa prima intesa e l'ingente patrimonio di esperienze concrete sviluppate dalle Scuole in collaborazione con le ASL hanno posto le basi per l'ulteriore sviluppo della collaborazione tra Regione e USR che, nel 2010, ha visto attivare uno specifico percorso di ricerca e formazione realizzato da più di 80 Dirigenti scolastici delle scuole di tutte le province lombarde e dai rispettivi referenti delle Aziende Sanitarie Locali.

Attraverso un processo di interpretazione e contestualizzazione alla realtà del nostro territorio, dei principali documenti internazionali sulla promozione della salute a scuola (in particolare la Risoluzione della 3° Conferenza europea delle scuole promotrici di salute *Migliorare le Scuole attraverso la salute*, del giugno 2009⁵) è stata declinata un modello di riferimento comune che rappresenta i contenuti della nuova Intesa tra Regione Lombardia e USR per la Lombardia *La scuola lombarda che promuove salute* sottoscritta il 14 luglio 2011⁶.

La “Scuola che promuove salute” s'impegna ad attivare un processo di auto-analisi in relazione ai diversi determinanti così da definire il proprio *profilo di salute*, a pianificare un processo di miglioramento, a mettere in atto azioni fondate su evidenze di efficacia e/o buone pratiche validate e, infine a monitorare

5 Cfr. *Better schools trough health, the Third European Conference on Health Promoting Schools*, Vilnius, 2009

6 Cfr. cap. 5, I documenti della Rete SPS

il processo intrapreso sulla base dei risultati funzionali alla ridefinizione dei propri obiettivi.

Dall'Intesa del 2011 si è venuta costituendo nel corso dell'anno scolastico 2012-2013, la *Rete Scuole che Promuovono Salute - Lombardia*, che conta a tutt'oggi l'adesione di 192 Istituti scolastici per un totale di circa 190.000 studenti coinvolti.

Ambienti favorevoli alla salute

Le scuole della Rete si impegnano ad essere "ambienti favorevoli alla salute" attraverso azioni (*evidence based*) di natura educativo/formativa (attività curricolare, *life skills*), sociale (ascolto, collaborazione, partecipazione, ecc.), organizzativa (qualità di mense e distributori snack, frutta a merenda, pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curricolare ed extracurricolare, ambiente libero dal fumo, ecc.) e di collaborazione con altri soggetti della comunità locale (Associazionismo, Volontariato, ecc.).

Tutto ciò garantisce un'attivazione (*empowerment*) delle Scuole a 360°, con il supporto tecnico scientifico delle ASL là dove necessario, nel rafforzamento delle competenze e della consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti e genitori, dirigenti, insegnanti, personale ATA) rispetto alla propria salute, valorizzando le scuole stesse in quanto "luoghi" ove l'adozione di comportamenti salutari è resa "facile" nella quotidianità e, proprio grazie a questo, si radicano nella cultura comportamenti e stili di vita sani. Quello della Rete delle Scuole che Promuovono Salute è l'approccio metodologico che le ASL propongono a tutte le Scuole del territorio regionale.

Dal Gennaio 2014 la Rete SPS Lombardia è membro del *Network Schools for Health in Europe* (<http://www.schools-for-health.eu/she-network>) un'organizzazione internazionale che raccoglie e mette in contatto esperienze analoghe in molti Paesi europei.

Si può quindi affermare che il vasto corpo di evidenze e l'esperienza costruttiva del lavoro congiunto tra scuole e sanità nella nostra regione rafforza e rende concreta l'idea di un legame virtuoso tra salute e istruzione. Valorizzando e sostenendo un approccio globale, i processi di *empowerment*

individuale e di comunità coinvolgono numeri sempre maggiori di cittadini, le politiche e le pratiche migliorano in modo coerente l'ambiente scolastico, e anche i risultati educativi, il livello di salute e il benessere dell'intera comunità scolastica (e non solo) ne trovano giovamento. Tutto ciò permette ai diversi attori in gioco di rispondere in modo efficace alla propria rispettiva *mission*: alla scuola, nella formazione, garantendo il successo formativo di tutti e di ciascuno, al sistema sanitario, nella promozione e nella tutela della salute, agendo in modo più efficace sul piano della promozione di stili di vita salutari.

2.

FARE RETE PER STAR BENE E MIGLIORARE GLI APPRENDIMENTI

Ennio Ripamonti¹

Adottare un approccio salutogenico

L'espressione "promozione della salute" è il frutto di un complesso itinerario storico e culturale che ha preso le mosse dalla celebre definizione di *salute* come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"². Se da un lato questa formulazione ha avuto l'indubbio merito di sollecitare una visione che va oltre i limiti dello sguardo bio-medico, dall'altro è un concetto talmente ampio che ha suscitato non poche discussioni per la sua difficile traduzione operativa.

Una critica ricorrente individua in questa definizione un carattere utopistico, dato che una condizione così descritta rischia di essere impossibile da raggiungere compiutamente. Di contro, se letta in maniera positiva, l'utopia indica un orizzonte a cui tendere e che ha il merito di tenere attente, attive e direzionate le energie: è un punto di riferimento chiaro verso il quale orientare i propri sforzi.

In anni più recenti si è assistito ad un intenso dibattito intorno a questi temi. È possibile rappresentare l'evoluzione dell'idea di salute all'interno di un approccio di tipo *salutogenico*³ all'interno del quale sono individuabili quattro prospettive concettuali e operative: cura e trattamento delle malattie; protezione della salute e prevenzione; educazione e promozione della salute; miglioramento della percezione di salute, benessere e qualità della vita.

Nella prospettiva *curativa* si tratta di diagnosticare in modo preciso e il più possibile precoce l'insorgenza di una patologia per poterla trattare nel modo più adeguato. Il successo dell'intervento curativo si basa su competenze professionali e risorse tecniche adeguate. In questo caso siamo all'interno

1 Metodi – Università Milano-Bicocca

2 Cfr. *Organizzazione Mondiale della Sanità* (1948) <http://www.who.int/en/>

3 Cfr. Simonelli I, Simonelli F., *Atlante concettuale della salutogenesi*, Franco Angeli, Milano, 2010

del paradigma prevalente della scienza medica.

Una seconda prospettiva guarda alla questione in maniera anticipata rispetto all'insorgenza di un problema. In *primis* introducendo una visione *protettiva* che mette in campo una serie di azioni mirate a circoscrivere e limitare i rischi di malattia nei confronti della popolazione complessiva.

Mentre in questo caso il ruolo delle persone è passivo (poiché la protezione è messa in campo da altri che tutelano) con l'introduzione di una prospettiva *preventiva* si fa leva sul coinvolgimento attivo dei soggetti affinché siano loro stessi (a livello individuale o di gruppo) a mettere in atto strategie che evitano il rischio di malattia.

Se lo scopo della prevenzione primaria è quella di evitare l'insorgenza di una malattia, a livello secondario e terziario si mira ad arrestare, o ritardare, una patologia in atto e i suoi effetti attraverso: diagnosi precoci, terapie adeguate e riabilitazioni efficaci, per ridurre le recidive o rallentare l'evoluzione verso la cronicità. Sebbene da tempo si sottolinei l'importanza di adeguate strategie di prevenzione in realtà, solo una porzione ristretta della spesa sanitaria viene investita in questa direzione⁴.

Migliorare la percezione della qualità di vita

La prospettiva dell'*educazione della salute* introduce uno sguardo che va oltre la prevenzione dei rischi di malattia per concentrarsi sul potenziamento delle conoscenze e delle capacità del soggetto in relazione alla salute. Si ritrova una fertile tradizione che si è sviluppata nel campo della sanità pubblica sia con interventi di tipo informativo che, più di recente, con strategie di sensibilizzazione e formazione. Si riscontra in questo caso un maggior tasso di coinvolgimento delle persone anche per la sempre più marcata attenzione al tema degli stili di vita.

In continuità con questa linea, la prospettiva della *promozione* punta decisamente sull'acquisizione da parte delle persone di un maggior controllo sulla propria salute al fine di migliorarla.

⁴ Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), in media soltanto il 3% della spesa sanitaria totale è investita in programmi di prevenzione mentre la maggior parte è impiegata per la cura. <http://www.oecd.org/els/health-syste>

Venendo a configurarsi con il tempo un'idea di salute come *diritto* l'impegno non si esaurisce solo sul piano individuale ma richiede ai professionisti del settore d'integrarsi con la società civile per meglio concertare azioni che possano influenzare i cosiddetti *determinanti di salute*, cioè quell'insieme di fattori che modificano sia in senso positivo o negativo lo stato di salute di una determinata popolazione.

Una quarta e ultima prospettiva fa riferimento all'idea del *miglioramento della percezione della salute, del benessere e della qualità della vita delle persone*. Le ricerche mostrano che la dimensione percettiva costituisce un importante fattore determinante di salute. L'approccio salutogenico rappresenta un sistema concettuale che da conto della complessità dei fattori che generano salute e qualità di vita. Come si vede il campo di significati associato al concetto di salute si è notevolmente arricchito nel corso del tempo influenzando decisamente l'approccio della *promozione della salute* descritto nella *Carta di Ottawa* come un processo socio-politico globale che si articola su tre strategie fondamentali:

- *sostenere* la causa della salute per creare condizioni favorevoli per il benessere delle persone;
- *supportare* le persone nello sforzo di sviluppare al massimo le loro potenzialità di salute;
- *mediare* tra i diversi interessi esistenti nella società al fine di perseguire la salute.

Agire sui determinanti di salute e benessere

Vista come un diritto fondamentale delle persone, la salute chiama quindi in causa il ruolo delle pubbliche amministrazioni, sia come erogatori di prestazioni sanitarie sia come promotori di azioni sinergiche tese a influire sui fattori "determinanti di salute". A livello internazionale sono rintracciabili due diversi modelli concettuali che, per semplicità, possono essere definiti "modello americano" e "modello nordeuropeo".

Nel modello americano si stima che lo stato di salute di una persona sia determinato per il 50% da fattori socioeconomici individuali e dallo stile di vita delle persone, per il 20% dalle condizioni dell'ambiente, per il 20% dall'eredità genetica e

per il restante 10% dai servizi sanitari. Emerge in questo modello il ruolo di primo piano che viene attribuito alle caratteristiche soggettive e ai comportanti nella vita, in coerenza con una cultura della responsabilità individuale molto diffusa negli Stati Uniti, anche nel campo della salute.

Nel modello europeo (sviluppato dalle Scuole di sanità pubblica del Nord Europa) s'ipotizza una maggiore complessità di fattori. Al centro si trova il soggetto con le sue caratteristiche biologiche quali l'età, il sesso e il patrimonio genetico (*determinanti non modificabili della salute*). A partire da questo nucleo centrale s'incontrano una serie di variabili *modificabili* quali: stili di vita individuali, reti sociali e comunitarie, condizioni di vita e di lavoro, contesto politico, sociale, economico e culturale. L'ipotesi di fondo è che siano più influenti sulla salute i fattori contestuali piuttosto che quelli individuali.

Lo sguardo multifattoriale sulla salute si è venuto delineando nel tempo su iniziativa dell'OMS a partire della *Dichiarazione di Alma Ata* del lontano 1978 e, sulla scia di questa tradizione, si situa l'attività della Commissione internazionale⁵ che ha redatto il rapporto *Ridurre il divario in una generazione: equità nella salute attraverso azioni sui determinanti sociali della salute*.

L'importanza dei contesti sociali

Questo modello integra i fattori determinanti della salute con altre variabili definite come *determinanti delle diseguglianze* nella salute, cioè quegli elementi che sono coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno di una certa popolazione. Vengono individuati tre grandi insieme di fattori:

1. Il contesto politico e socio-economico

Un ampio spettro di dimensioni di carattere strutturale e culturale che influenza le forme e le modalità della distribuzione di risorse e opportunità di salute fra i membri di una società, fra cui: governance, politiche pubbliche, valori e norme sociali e culturali.

2. La posizione sociale

Collocazione delle persone all'interno del contesto in cui

⁵ Commission on Social Determinants of Health. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper (Final Draft), April 2007.

vivono in base: istruzione, occupazione, reddito, genere e gruppo etnico. Più sono elevati i livelli d'istruzione e di reddito più risultano positivi gli indicatori di salute. Lo svantaggio in termini di aspettativa di vita delle fasce di popolazione economicamente svantaggiate è noto da tempo. Lo svantaggio è particolarmente accentuato nelle zone dove è alta la concentrazione di persone con livelli di reddito e di istruzione bassi e scarse o nulle reti sociali di protezione. L'insieme dei primi due insiemi (contesto e posizione sociale) rappresenta i determinanti di tipo strutturale.

3. *I determinanti intermedi*

Da questo punto di vista i fattori causali che sono alla base di un'azione più direttamente legata all'insorgenza di una malattia sono: circostanze materiali (standard della vita quotidiana quali alimentazione, riscaldamento, infrastrutture igieniche); coesione sociale (sistema di relazioni sociali qualitative, caratterizzate da un buon livello di fiducia, obblighi e rispetto reciproci); fattori psicosociali (posizione socio-economica); comportamenti individuali (abitudine al fumo, consumo di alcol e sostanze psicoattive, alimentazione, attività fisica); fattori biologici (patrimonio genetico, età, sesso); sistema sanitario (quantità e qualità di programmi e servizi di prevenzione, cura e riabilitazione).

Lo studio sui determinanti sociali suggerisce che potrebbero aprirsi ampi spazi di miglioramento non solo facendo leva sui progressi della medicina (peraltro auspicabili e sempre da apprezzare) ma, soprattutto, mettendo in campo strategie tese a promuovere condizioni favorevoli alla salute in diversi ambienti di vita, in particolare per le fasce di popolazione più deboli.

Costruire competenze, sviluppare collaborazioni

Il passaggio dall'analisi dei fenomeni all'individuazione degli interventi più idonei per influenzarli positivamente implica che la promozione della salute sia in grado di dispiegare un ventaglio di azioni a livelli di complessità crescenti: individuale, ambientale e sociale. Dirigenti, programmatori e operatori

del settore possono oggi trovare importanti spunti per una messa a punto della loro specifica strategia locale nelle *buone pratiche* già positivamente sperimentate altrove. Con l'espressione inglese *best practices* si designano quelle costruzioni empiriche dell'azione che, per l'efficacia dei risultati, le caratteristiche di qualità interna e il contributo offerto alla soluzione dei problemi, soddisfano il complesso sistema d'aspettative del servizio e/o del progetto in cui sono inserite.

Detto in altri termini, una buona pratica è quell'insieme di processi e di attività che consentono di raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione.

Così delineato il concetto ha una doppia valenza. Da una parte mostra un carattere *bottom up* in quanto la buona pratica si delinea sulla base di esperienze esemplari e positive che si presuppongono trasferibili in contesti più ampi. Dall'altra parte può mostrare un profilo *top-down* in quanto richiede la prefigurazione di un insieme sistematizzato di ipotesi da verificare su base empirica. Per quanto riguarda il processo di modellizzazione la letteratura indica che una pratica è ritenuta efficace solo se è capace di individuare modelli per l'azione convenzionalmente ritenuti idonei dagli stessi addetti ai lavori, agendo quindi sul piano del *do ver* essere apprezzato per *utilità e fattibilità funzionale*.

A questo proposito le *Nazioni Unite*, ad esempio, hanno individuato con chiarezza i tratti distintivi delle *best practices* nel settore dello sviluppo sociale⁶:

- *Innovatività*, ovvero hanno sviluppato soluzioni nuove e creative al problema che affrontano;
- *Impatto tangibile e dimostrabile* nel migliorare la qualità della vita dei beneficiari;
- *Risultato di partenariati* effettivi tra pubblico, privato e settori della società civile;
- *Sostenibilità* da punto di vista sociale, culturale, economico ed ambientale;
- *Riproducibilità* potenziale in altri contesti.

⁶ <http://www.onuitalia.it>

Investire su azioni di lungo periodo

In termini di sostenibilità è indispensabile un'implementazione delle azioni nell'arco di un lungo periodo privilegiando le azioni che mostrano evidenze di efficacia e maggiori potenzialità in termini di diffusione e istituzionalizzazione. Per queste ragioni la questione della sostenibilità si basa su due strategie cruciali: la *costruzione di competenze* e la *collaborazione intersettoriale*. La prima strategia, nota nel gergo dell'OMS con il termine *capacity building*, designa un processo di sviluppo di conoscenze, abilità, impegno, strutture, sistemi e leadership finalizzato a rendere la promozione della salute il più possibile efficace.

Anche in questo caso è importante che il processo sia articolato a tre livelli:

1. A livello di *operatori* significa favorire la crescita continua di conoscenze e abilità dei singoli promotori della salute attraverso adeguati percorsi formativi;
2. A livello di *organizzazioni* vuol dire che il sistema dentro cui agiscono gli operatori esprima sostegno attraverso l'incremento di indirizzi, procedure, risorse e infrastrutture a supporto della progettazione e della realizzazione di programmi di promozione della salute;
3. A livello di *comunità* si traduce nell'aumento delle competenze "in" e "fra" diversi ambienti sociali, anche al di fuori del mondo dei servizi e delle professioni sanitarie. Si tratta quindi di sviluppare sia le competenze dei membri della comunità che il supporto sociale e politico necessario per un'efficace implementazione dei programmi.

La strategia della *collaborazione intersettoriale* indica il rapporto tra uno o più soggetti appartenenti a diversi settori della società che si costituisce nell'intento di agire insieme per affrontare una data questione e, nel caso specifico, raggiungere risultati di salute in modo più efficace, efficiente e sostenibile rispetto a quanto può ottenere il settore sanitario agendo da solo.

Strategie multisettoriali e partecipazione attiva

Non è quindi un caso che, fra le strategie di promozione della

salute messe a fuoco nella dichiarazione *Health 21*⁷, alcune insistano in maniera particolare sulla *governance* inclusiva del processo tramite:

- *strategie multisettoriali* per affrontare i determinanti della salute, tenendo in considerazione le prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e relative alle differenze di sesso, e assicurando l'adozione della valutazione di impatto sulla salute;
- *un processo di partecipazione* allo sviluppo della sanità che coinvolga partner specifici per la salute nelle abitazioni, negli ambienti scolastici e di lavoro in grado di promuovere decisioni congiunte, implementazione e responsabilità.

L'azione intersettoriale viene considerata fondamentale soprattutto quando la possibilità di miglioramento è legata ad azioni intraprese in ambiti diversi da quello sanitario, come ad esempio: l'istruzione, l'urbanistica, il lavoro, il tempo libero, l'economia e altri ancora. Sono diverse le politiche pubbliche che possono essere chiamate in causa e, d'altra parte, non in tutte le azioni intersettoriali a favore della salute è necessario che siano coinvolti i sistemi sanitari. Si pensi alla rilevanza in termini di promozione della salute che possono avere programmi rivolti alla mobilità sostenibile, l'educazione motoria, l'alimentazione biologica, l'educazione ambientale, la sicurezza stradale, etc.

Ma se è indubbio che non in tutti questi programmi deve trovarsi direttamente coinvolto il personale del settore sanitario, è altrettanto vero che la salute è anche un bene pubblico e, di conseguenza, tutti i settori di una comunità sono responsabili dell'impatto sulla salute stessa delle loro scelte e dei loro interventi, sia nel contesto locale che a livello sociale più complessivo.

Per questo motivo *Health 21* afferma che la valutazione dell'impatto sulla salute dovrebbe essere applicata a qualunque politica o programma sociale ed economico.

Il ragionamento fin qui condotto implica che i programmi di promozione della salute nelle scuole sono oggi profondamente interpellati dal concetto di rete. L'azione solitaria di ogni

⁷ <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21>

singola scuola rischia, infatti, di essere tanto generosa quanto impotente nell'affrontare i molti fattori implicati nel fenomeno salute e benessere.

Per rendere conto della complessità di fattori che caratterizza questo sguardo, si è fatto sempre più riferimento alla *metafora ecologica*, cioè ad una visione fondata sull'idea che l'ambiente e i diversi contesti di vita delle persone esercitano un'influenza significativa sul comportamento individuale e, dall'altra parte, che lo stesso comportamento è comprensibile a partire da un'accurata analisi delle pressioni ambientali.

Fare rete “fra” Scuole e “con” il territorio

Per comprendere il comportamento di un individuo è indispensabile collocarlo all'interno di un contesto, termine la cui radice semantica latina *con-texere*, ossia “tessere-con”, indica un sistema costituito da diversi elementi “tessuti insieme”, un intreccio di fili che produce un particolare *tessuto*. Se questo significato rimanda a ciò che è esterno al soggetto, il termine *situazione*, dal latino *situs* “positura” o “sito”, sottolinea la quota di variabilità introdotta dall'interazione individuo-contesto.

Ogni scuola rappresenta un micro-contesto specifico di azione inserito in un contesto più allargato (quartiere, paese, città). La situazione concreta della scuola è, nel contempo, il punto “da cui” partire e “dentro cui” attingere energia per l'attivazione; contiene e dischiude *possibilità* e, nel contempo, impone limiti e regole. Si parte sempre dalla situazione che ci è dato di vivere, per poterla trasformare.

La condizione di ogni forma d'efficacia dell'intervento sta quindi nel sapersi articolare alla situazione esistente dal suo interno; si tratta, quindi, di entrare nella molteplicità della situazione per agire con precisione, di partecipare alla trasformazione accompagnandola efficacemente.

Produzione scientifica e sperimentazione operativa hanno indicato la necessità di costruire azioni capaci d'influenzare il rapporto fra soggetto e ambienti di vita. Se l'imperativo è cercare di influenzare gli ambienti sociali per poter influenzare il problema al centro dell'intervento, diventa quindi indispensabile individuare con chiarezza alcune dimensioni

degli ambienti, e agire su questi attraverso una metodologia di rete.

Nello specifico della nostra riflessione il “fare rete” rimanda alla collaborazione intersettoriale con il settore sanitario (in particolare con le Aziende sanitarie locali), alla cooperazione “fra” i diversi istituti scolastici (a livello provinciale e regionale) e alla sinergia operativa “con” diversi attori della comunità territoriale (enti locali, associazioni, cooperative, imprese, fondazioni, gruppi di volontariato, società sportive, sindacati, aziende)

Per lavorare con metodo servono sia teorie che pratiche e le reti rappresentano la scommessa di ospitare sotto lo stesso tetto intelligenze *riflessive* (in grado di comprendere i fenomeni prima di agire), insieme a intelligenze *operative* (che sanno costruire azioni che influenzano i fenomeni stessi).

Generare senso di appartenenza e coinvolgimento

L'attivazione, lo sviluppo e il mantenimento di una rete può essere vista come la creazione di una “organizzazione situazionale temporanea” fondata su tre processi cardine: creazione del senso di appartenenza (*Membership*), facilitazione del coinvolgimento (*Involvement*) la promozione dell'impegno attivo e dell'alleanza nell'azione (*Commitment*)⁸. L'intreccio virtuoso di questi processi produce una progressiva assunzione di responsabilità dei soggetti rispetto all'obiettivo, rende possibile il massimo grado di collaborazione e aumenta l'*empowerment* collettivo.

Per un soggetto sociale (scuola o attore del territorio) le motivazioni che portano alla scelta di “fare parte” di una rete possono essere molto diverse: interesse ad impegnarsi per la salute, opportunità di contatto con altre organizzazioni, possibilità di accedere a finanziamenti, desiderio di accrescere la propria credibilità, o altre ancora.

Uno snodo cruciale del processo evolutivo dell'*appartenenza* è rappresentato dagli accordi di reciprocità che si stipulano. La negoziazione di queste aspettative è uno dei processi cruciali nell'avvio ed è solo alla fine di questa fase che è possibile

⁸ Ripamonti E., *Il lavoro di rete*, in Santinello M. e Vieno A. (a cura di), “Metodi di intervento in psicologia di comunità”, Il Mulino, Bologna, 2013

stabilire “chi fa parte” della rete. Nel caso della *Rete lombarda delle Scuole che Promuovono Salute* il processo di inclusione è stato formalizzato con specifiche procedure di adesione, com'è tipico di una istituzione complessa come la Scuola.

Generalmente il processo di *membership* (nel caso specifico ancora in corso e con velocità diverse fra “vecchie” e “nuove” scuole aderenti) è influenzato dalla tipologia e dall'intensità degli interessi rispetto al tema, dal possibile contributo che si può ottenere e/o offrire - in termini di risorse economiche, umane, relazionali e strumentali - e dalle corrispondenti aspettative legate alla partecipazione. È inevitabile che la messa in comune di risorse sia connessa alla realizzazione di obiettivi ritenuti importanti per l'organizzazione e risulti quindi una conoscenza fondamentale per chi gestisce l'intervento.

L'intervento di rete non avviene in una *tabula rasa*, ogni contesto ha le proprie reti di relazioni, più o meno strutturate ed efficaci, che è importante conoscere preliminarmente per sviluppare un fertile processo di *membership*.

La scelta di aderire è una decisione che ogni soggetto dovrebbe prendere con un alto grado di consapevolezza. L'esperienza mostra che alcune organizzazioni, sottovalutando l'impegno, aderiscono con facilità ma strada facendo si ritirano mentre altre, di contro, tendono a sopravvalutare l'impresa, o a sottostimare le proprie capacità. A volte i membri potenziali di una rete sono riluttanti a partecipare se le strategie sono già state formulate da altri, una ragione in più per posizionare questo tipo di lavoro dopo la costituzione della rete.

Coltivare l'impegno attivo della rete

La creazione di un buon livello di *membership* è il risultato di un processo graduale - a volte discontinuo - e la condizione indispensabile affinché i diversi membri possano riconoscersi “nella” rete (identificazione) e riconoscere “la” rete (legittimazione sociale) come un soggetto collettivo dotato di una sua identità progettuale specifica.

Un buon livello di appartenenza è una condizione necessaria ma non sufficiente a generare un grado soddisfacente di intraprendenza e propositività da parte delle organizzazioni aderenti ad una rete. Per meglio comprendere queste

dinamiche è utile soffermarsi sul processo di *involvement*, cioè sull'orientamento dei soggetti a coinvolgersi e partecipare attivamente.

Va prestata attenzione e cura sia al versante del coinvolgimento degli attori aderenti alla rete (*involvement* interno) che dei settori non organizzati della comunità locale (*involvement* esterno).

Lavorare su questo processo significa favorire il più alto grado di auto-appropriazione della *mission* della rete (nel nostro caso *promuovere salute*) in termini di definizione dei problemi, degli interventi e dei sistemi di controllo.

Ovviamente questi processi investono primariamente le organizzazioni *capofila*, chiamate ad occuparsi di tenere alto il livello di coinvolgimento attivo fra i diversi attori (sia interne che esterni) della rete. Ed è proprio a questo punto che si può determinare quella intensità d'investimento motivazionale che consente all'appartenenza di trasformarsi in impegno attivo e in alleanza nell'azione. Nella condizione soggettiva che accompagna il processo di *commitment* s'intrecciano aspetti *affettivi* (identificazione), *cognitivi* (opinione favorevole) e *comportamentali* (la volontà di spendersi).

Nell'esercitare una funzione di promozione del *commitment* fra i diversi membri della rete il soggetto capofila (nello specifico della rete SPS la Scuola capofila) deve considerare variabili riconducibili ad almeno quattro aspetti:

- *Caratteristiche personali dei membri.* Le reti implicano relazioni fra persone che rappresentano organizzazioni. L'impegno attivo è influenzato da aspetti quali l'interesse personale per il tema, il bisogno di realizzazione personale, la percezione della propria competenza e il bisogno di affiliazione di cui il soggetto è portatore;
- *Specificità del tema.* Il tema della salute e del benessere può essere percepito e declinato in modi diversi e, di conseguenza, suscitare livelli diversi di coinvolgimento e passione in base a quanto i contenuti sono sfidanti e innovativi, l'importanza della questione è socialmente riconosciuta, e vi è una buona percezione di competenza nell'affrontarlo;

- *Forma organizzativa della rete.* Il commitment è reso più elevato nel caso di strutture decentralizzate, una diffusa percezione di giustizia e di equità nelle relazioni fra i diversi membri, un buon livello di chiarezza nei ruoli e nelle funzioni di ciascuno e una certa compatibilità fra obiettivi organizzativi e obiettivi soggettivi;
- *Stile di leadership.* Risultano elementi favorevoli in tal senso: la possibilità di condividere i processi decisionali, un'attenzione individualizzata per ognuno dei membri, la trasparenza e l'imparzialità nei comportamenti.

Inevitabilmente il lavoro di rete può essere contrassegnato da turbolenze, problemi e difficoltà ed è quindi necessario che il "patto" che si stringe fra le organizzazioni sia caratterizzato dall'assunzione comune di responsabilità e rischi.

Un buon grado di *commitment* significa una virtuosa dinamica di affidamento e affidabilità tra soggetto e organizzazione, dove maturano quelle condizioni di reciprocità fiduciaria che inducono a "farsi carico" delle cose, investendo tempo ed energia. Da ultimo investire sul *commitment* consente una maggiore adesione alla *mission*, intensificazione delle prestazioni, tenacia nella ricerca di soluzioni, rafforzamento della cittadinanza attiva e una più robusta percezione di autoefficacia individuale e collettiva.

La rete come impresa collettiva protesa al bene comune

In conclusione si può dire che le ragioni per adottare un approccio di rete nell'ambito dei programmi di promozione della salute sono varie, così come è vasta e composita la letteratura – di diverso orientamento disciplinare – che ne dimostra la validità di contributi. Fra i diversi dati a conferma di questa metodologia si segnala:

- *Sostegno sociale.* Il lavoro di rete esercita una funzione di assorbimento delle conseguenze negative dello stress (effetto *buffering*).
- *Senso di comunità.* Facilitando la maturazione di un sentimento di appartenenza più esteso - che va oltre al singolo gruppo – il lavoro di rete contribuisce a far

crescere atteggiamenti di apertura e dialogo.

- *Capitale sociale*. Le reti di prossimità rappresentano una fonte, più o meno diretta, di capitale sociale - familiare, parentale, associativo, comunitario - per gli individui.
- *Complessità e flessibilità*. L'intervento di rete consente di produrre una visione sistemica e comprensiva della salute e del benessere e una più spiccata sensibilità nei confronti del mutare dei bisogni di una comunità.
- *Azioni ad ampio spettro*. Attraverso le reti sociali è possibile mettere in campo strategie adeguate alla complessità dei problemi con azioni ad ampio spettro con cui cercare di far crescere nelle nostre comunità un rinnovato senso civico e una rinnovata società civile⁹. Per via della propria base ampia le reti hanno maggiore visibilità e attrattività, più risorse da investire, più potere e influenza rispetto agli interventi isolati¹⁰.
- *Empowerment*. Il lavoro di rete fornisce un veicolo di sviluppo del potere generativo e dimostra che diversi soggetti sociali possono avere un impatto positivo sul loro contesto.
- *Trasparenza, accessibilità e ricettività*. Il lavoro di rete è una delle metodologie raccomandate a livello internazionale per la realizzazione di interventi sociali aperti e inclusivi. Il carattere di apertura è rintracciabile in tre caratteristiche: trasparenza (i cittadini sono informati e il processo è esposto al controllo pubblico), accessibilità (qualsiasi persona può facilmente entrare in contatto con l'attività progettuale) e ricettività (i progetti sono in grado di incrementarsi con il contributo dei cittadini e non si chiudono in schemi predeterminati).
- *Efficacia*. Il valore più profondo dei programmi volti a trovare una risposta a problemi pubblici (interventi, progetti, servizi) è determinato dalla quantità e qualità dei contributi che si riescono a catalizzare. Non si tratta però di limitarsi ad "aprire la porta" ai settori della società civile

⁹ Di Nicola, P., *Senza reti nessuno si salva*, in «Animazione Sociale», 2012, n. 262.

¹⁰ Raineri, M.L., *Il metodo di rete in pratica*, Trento, Edizioni Erickson, 2004

più organizzati e che hanno già accesso ai *decision-maker*; la vera sfida del lavoro di rete è rintracciare e coinvolgere segmenti sociali distanti, deboli e meno rappresentati¹¹.

Gli orientamenti più recenti stanno mettendo in evidenza la necessità di concepire la salute come un *bene comune* da promuovere e proteggere attraverso programmi trasversali finalizzati a migliorare il benessere delle persone nei loro ambienti di vita attraverso forme di *leadership* e di *governance* partecipativi.

Il lavoro di rete "fra" Scuole e "con" il territorio rappresenta un itinerario impegnativo e promettente in questa direzione, un'impresa collettiva che richiede pazienza, tenacia e fiducia e che può regalare entusiasmo, motivazione e, soprattutto, risultati importanti per la salute e il benessere di studenti, famiglie, personale scolastico e cittadini.

3.

LA RETE REGIONALE SPS

Alessandro Pozzi¹, Laura Stampini²

Assumere la titolarità dei processi di salute

A seguito dell'Intesa sottoscritta nel luglio del 2011 tra Regione Lombardia e l'USR per la Lombardia, ha preso avvio nell'anno scolastico 2012/13 la *Rete delle Scuole che promuovono salute*. L'esigenza di dar vita ad un organismo formalizzato risiede nella necessità di passare da quanto dichiarato nei documenti sottoscritti ad una azione concreta, che rendesse sostenibile nel tempo e diffondesse nello spazio (la regione tutta e poi anche in altre regioni) il modello operativo messo a punto nell'Intesa.

In tal modo non solo le istituzioni regionali, ma le singole scuole hanno concretamente assunto la responsabilità di una piena titolarità nel governo dei processi di salute, nella consapevolezza condivisa della stretta interrelazione tra questi aspetti e la possibilità di raggiungere, per tutti gli alunni, il successo formativo, nell'ambito di una completa dimensione di benessere.

La prima formalizzazione della Rete SPS è avvenuta nel giugno 2012 con la sottoscrizione, da parte di 82 Dirigenti scolastici, dell'Accordo costitutivo della Rete delle Scuole che Promuovono Salute – Lombardia, definito secondo l'art.7 del DPR 275/99. L'accordo individua e precisa compiti e responsabilità della rete stessa e dei suoi organismi organizzativi (scuola capofila, coordinamenti regionale e provinciali, gruppi di lavoro delle scuole), specifica le condizioni di adesione da parte dei nuovi istituti, indica le strategie di intervento e le modalità di comunicazione e di condivisione delle risorse.

Nell'anno scolastico 2013/2014 la Rete SPS Lombardia si compone di 192 Istituti scolastici, distribuiti in modo piuttosto omogeneo tra le dodici province lombarde (fanno eccezione i contesti territoriali di Milano, Bergamo e Brescia, che da soli raccolgono oltre il 40% delle scuole aderenti, e la provincia di Monza e Brianza con 19 istituti).

¹ Istituto Italiano di Valutazione

² MIUR – Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

La composizione della rete vede oggi una netta prevalenza di scuole statali rispetto agli istituti paritari (questi ultimi sono in tutto 15, otto dei quali nella sola provincia di Bergamo) e un numero inferiore di scuole secondarie di secondo grado rispetto alle scuole del primo ciclo (49 le prime, 142 gli Istituti Comprensivi), poiché il percorso iniziale ha visto impegnate, per scelta, le sole scuole appartenenti al ciclo di base. Il numero delle scuole di secondo grado, comunque, si è incrementato considerevolmente nell'ultimo biennio.

*Tab. 1 – Composizione della Rete lombarda delle scuole che promuovono salute.
Distribuzione per provincia, per tipologia e ordine scolastico.*

| PROVINCIA | N. ISTITUTI | TIPOLOGIE | | ORDINE | |
|------------------|-------------|------------|-----------|---------------------|---------------------|
| | | STATALI | PARITARIE | ISTITUTI COMPRESIVI | SECONDARIE II GRADO |
| BERGAMO | 24 | 16 | 8 | 13 | 11 |
| BRESCIA | 24 | 21 | 3 | 17 | 7 |
| COMO | 11 | 10 | 1 | 11 | 0 |
| CREMONA | 10 | 10 | 0 | 9 | 1 |
| LECCO | 12 | 12 | 0 | 11 | 1 |
| LODI | 15 | 15 | 0 | 10 | 5 |
| MANTOVA | 12 | 11 | 1 | 10 | 2 |
| MILANO | 31 | 31 | 0 | 21 | 10 |
| MONZA BRIANZA | 19 | 19 | 0 | 12 | 7 |
| PAVIA | 12 | 12 | 0 | 10 | 2 |
| SONDRIO | 10 | 9 | 1 | 10 | 0 |
| VARESE | 12 | 11 | 1 | 8 | 4 |
| TOTALE | 192 | 177 | 15 | 142 | 49 |

Il rapido processo di espansione della rete

La Rete SPS ha registrato interesse e richieste di adesioni sempre crescenti nel tempo e in tutte le province, tanto che in soli due anni è raddoppiata la consistenza numerica. Complessivamente l'incremento ha superato il 134%, con picchi elevatissimi in particolare a Bergamo; nelle altre province in ogni caso il trend è superiore al 70%.

Tab. 2 – Composizione della rete lombarda delle scuole che promuovono salute.

Nuove adesioni e incrementi percentuali

| PROVINCIA | STORICHE | NUOVE | TOTALE | Incremento% |
|------------------|-----------|------------|------------|-------------|
| BERGAMO | 3 | 21 | 24 | 700% |
| BRESCIA | 8 | 16 | 24 | 200% |
| COMO | 6 | 5 | 11 | 83% |
| CREMONA | 3 | 7 | 10 | 233% |
| LECCO | 7 | 5 | 12 | 71% |
| LODI | 7 | 8 | 15 | 114% |
| MANTOVA | 7 | 5 | 12 | 71% |
| MILANO | 14 | 17 | 31 | 121% |
| MONZA BRIANZA | 11 | 8 | 19 | 73% |
| PAVIA | 7 | 5 | 12 | 71% |
| SONDRIO | 5 | 5 | 10 | 100% |
| VARESE | 4 | 8 | 12 | 200% |
| TOTALE | 82 | 110 | 192 | 134% |

Oggi, tutte le scuole che pongono al centro della loro azione formativa ed educativa l'attenzione alla promozione della salute possono aderire alla Rete SPS. Il percorso di adesione comporta due passaggi essenziali, che si differenziano per il livello di impegno e formalizzazione richiesta:

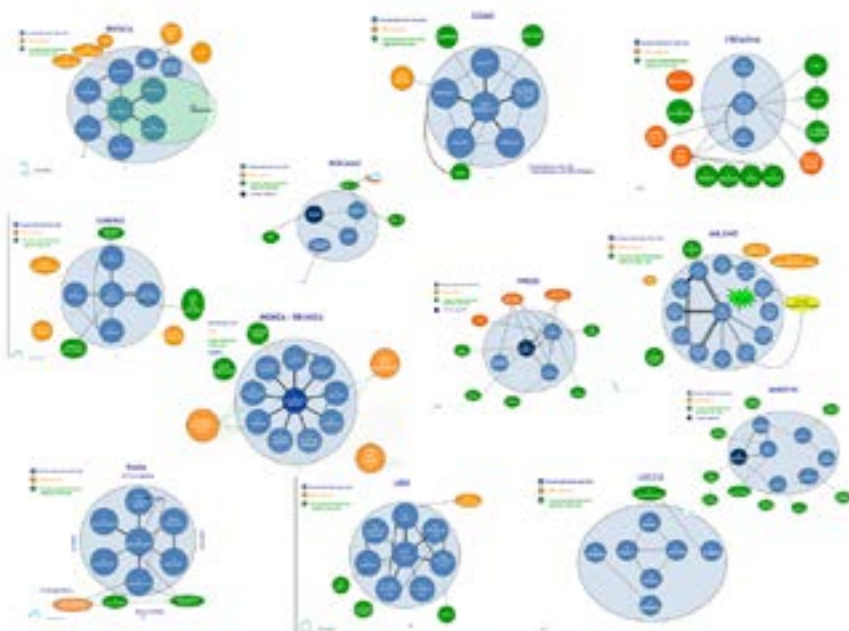
- *l'iscrizione alla rete*, che può essere richiesta da ogni scuola attiva in tema di salute attraverso una domanda *on-line* sul sito della rete. All'iscrizione farà seguito una fase di approfondimento sul modello e sugli strumenti della rete, con un affiancamento e dei momenti informativi realizzati a livello provinciale;
- *l'adesione formalizzata*, che prevede la sottoscrizione dell'*Accordo di rete*, a seguito delle delibere degli organi collegiali dell'istituto.

In questi anni l'azione della Rete SPS ha consentito lo sviluppo di una cultura condivisa, la realizzazione di molteplici iniziative di formazione e informazione volte ad ampliare la rete stessa, una sempre maggior diffusione di buone pratiche, ma soprattutto il consolidamento delle partnership territoriali che hanno permesso di migliorare il lavoro e l'azione di ciascuna delle scuole aderenti.

La logica sottostante, come già precisato, è stata quella di rendere maggiormente efficace l'azione e più efficiente la gestione delle risorse, allo scopo di favorire una politica e una pianificazione territoriale in grado di rispondere meglio ai bisogni dell'utenza.

Una rete di reti

Nella realtà dei fatti la Rete SPS è costituita da una rete di reti. Una prima rappresentazione, elaborata dai dirigenti delle scuole capofila provinciali nel seminario svoltosi a Iseo nel novembre 2012, consente di visualizzare efficacemente la complessità e l'articolazione territoriale.



Le articolazioni locali della Rete hanno conosciuto un forte sviluppo nel corso dell'ultimo biennio. Fatte salve alcune eccezioni, la loro genesi è da datarsi all'anno scolastico 2011/12 e segue la sottoscrizione dell'Intesa tra Regione Lombardia ed USR. Nel biennio successivo le reti locali esse hanno visto l'ingresso di numerosi nuovi Istituti e si sono dotate di una molteplicità di strumenti volti a migliorarne la funzionalità e a favorire un loro maggior radicamento territoriale.

Sul piano operativo, il coordinamento delle scuole a livello provinciale si avvale generalmente di un supporto informatico (assicurato attraverso lo scambio di e-mail) e da azioni in presenza che si sostanziano in incontri di rete, a cadenza tendenzialmente bimestrali.

I rapporti con le locali Aziende Sanitarie sono strutturati e continui in tutte le realtà, in virtù della storica e consolidata collaborazione - pregressa alla nascita della Rete SPS - che sussiste tra le scuole e i vari dipartimenti delle ASL. Le ASL, infatti, prendono parte con propri operatori al tavolo di coordinamento provinciale che sovrintende l'operato delle scuole, di concerto con i rappresentanti dell'UST e della scuola capofila provinciale.

Senza entrare nel merito, sono numerose le azioni condivise tra ASL e scuole e sempre più spesso la rete locale sta nei fatti divenendo il riferimento organizzativo e lo strumento di *governance* territoriale di tutte le progettualità, anche promosse da partner diversi, che afferiscono all'area della promozione della salute nelle scuole.

La collaborazione tra ASL e Scuole

La collaborazione tra ASL e scuole è sempre più orientata ai principi della Rete SPS e va nella direzione di sviluppare e sostenere azioni nei quattro ambiti strategici dell'Intesa, con il fine ultimo di rafforzare le capacità degli studenti di intraprendere azioni positive e sostenere scelte responsabili, attraverso attenzioni educative, cambiamento organizzativo, miglioramento degli aspetti e delle condizioni strutturali e ambientali e dialogo con le comunità di appartenenza.

Nell'ultimo triennio, la realizzazione dei programmi è basata sul paradigma della "formazione dei formatori", superando

la modalità dell'intervento diretto in aula degli operatori e fornendo competenze qualificate a supporto della scuola e dei docenti, con l'intento di favorire il loro lavoro, suggerire e spesso coordinare congiuntamente percorsi educativi che stimolano il protagonismo giovanile, l'innovazione didattica ed il coinvolgimento delle famiglie.

In generale è possibile affermare che i partenariati locali consentono la realizzazione di specifiche progettualità (in materia di prevenzione, promozione di stili di vita sani, educazione all'affettività, ecc.), favorendo l'apertura del contesto scolastico alle comunità nelle quali queste sono inserite, coinvolgendo altresì il personale scolastico, le famiglie, gli alunni e gli altri *stakeholder* del mondo della scuola.

Il buon funzionamento della Rete SPS e delle sue articolazioni locali è da ricercarsi in una molteplicità di fattori: l'eterogeneità delle scuole aderenti, caratterizzata dalla presenza di scuole di diverso ordine e grado sia statali che paritarie, la varietà e la ricchezza delle esperienze di promozione della salute messe in atto dalle scuole, l'impegno e dalla disponibilità dei dirigenti scolastici e dei docenti referenti delle scuole che aderiscono alla Rete ed infine i rapporti che le reti sono state in grado di instaurare con il territorio, anche con i soggetti istituzionali e del Terzo Settore al di fuori del contesto scolastico.

Tutto ciò, ancora una volta e concretamente, dimostra l'efficacia del lavoro di rete.

Direzioni di sviluppo della rete SPS

Nella gran parte dei casi, le singole scuole e i coordinamenti provinciali hanno identificato, sulla base della lettura dei profili di salute e in virtù dell'elaborazione dei piani di miglioramento, le priorità di intervento che caratterizzeranno lo sviluppo futuro delle rispettive realtà. Le direzioni accreditate per il prossimo futuro fanno riferimento a tre ambiti prevalenti, che si sostanziano nello sviluppo dei seguenti processi:

- *Consolidamento* della Rete SPS e incremento del numero di scuole aderenti, con particolare attenzione alle scuole secondarie di secondo grado. Lo sviluppo delle reti locali dovrà andare di pari passo al rafforzamento del senso di appartenenza e all'incremento del livello di integrazione

tra le scuole che ne fanno parte e condurre ad un miglioramento dei contatti tra i dirigenti, i gruppi di lavoro e i referenti di Istituto che si occupano di promozione della salute.

- *Condivisione e messa a sistema di buone pratiche* all'interno della Rete: la necessità di raccogliere, condividere e diffondere le pratiche e gli interventi sviluppati dagli istituti scolastici aderenti, con l'intento di sviluppare una sorta di "catalogo" delle buone prassi, potrà risultare utile all'istruzione di nuove progettualità attorno alle direttrici della Carta d'Iseo.
- *Implementazione di progettualità specifiche*, con particolare riferimento ad azioni connesse con eventi rilevanti (quali Expo 2015) o a situazioni di maggior emergenza educativa (bullismo, orientamento, inclusione).

4.

IL PROFILO DI SALUTE E GLI STRUMENTI

Danilo Cereda¹, Laura Stampini²

Partire dall'autovalutazione della scuola

Per sostenere le scuole nel processo di lettura e autovalutazione del *profilo di salute* e al tempo stesso per guidarle nella stesura del *piano di miglioramento*, nella direzione di quanto previsto dall'Intesa, la Rete SPS ha messo a punto uno strumento informatizzato di grande rilievo, in grado di descrivere, documentare e monitorare i processi di cambiamento in tema di salute che le singole scuole realizzano.

Partendo da un lavoro di progettazione partecipata che ha coinvolto operatori scolastici e sanitari dei territori lombardi, è stata realizzata, nell'anno 2012, la piattaforma *online* deputata all'autovalutazione dei processi e delle azioni di Promozione della Salute della Rete SPS Lombardia (<http://accesso.requs.it/>).

Il concetto di *profilo di salute*³, che trova il suo fondamento nell'esperienza della rete scozzese delle scuole che promuovono salute, si riferisce a uno strumento di analisi che utilizza un approccio interdisciplinare, sociale e sanitario, attraverso il quale è possibile giungere alla lettura della realtà della scuola con strumenti quantitativi e qualitativi che raccolgono informazioni su:

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

1 Regione Lombardia – DG Salute

2 MIUR – Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

3 NHS Health Scotland School Health Profiling Tool. Guidance Notes. Learning Teaching Scotland (Modificato)

- contesto “sanitario” (dati epidemiologici, socio-sanitari ecc.).

Ogni istituto scolastico della Rete, che aggrega generalmente più plessi scolastici, anche di diversi ordini, può accedere al Profilo di Salute con un accesso dedicato.

L'organizzazione del processo di autovalutazione sulla piattaforma *online* (applicativo) prevede quattro sezioni: *dati anagrafici* (istituzionali e di promozione della salute), *autovalutazione*, *indicatori* e *obiettivi, risultati/esiti*.

Nella sezione di *Inserimento dati* sono richiesti, ove non pre-caricati, i dati relativi alla composizione del personale, delle classi, delle strutture e alcuni dati economici.

In merito alla *promozione della salute* sono raccolti dati relativi al contesto sociale (es. associazioni ex allievi, genitori), alle modalità di comunicazione, ai progetti in atto per “Bisogni Educativi Speciali” (DVA, DSA, alunni stranieri neo-arrivati, protocolli, *counselling*), a iniziative per studenti (es. concorsi, azioni specifiche, attività motorie) o ad azioni finalizzate al miglioramento di spazi e servizi (es. raccolta sprechi alimentari, ambienti liberi dal fumo), ma anche dati sulla formazione in tema di promozione della salute di docenti e personale non docente.

Una cornice di metodo e un kit di strumenti concreti

La sezione di *Autovalutazione* rappresenta il vero e proprio nucleo del *profilo di salute* perché sollecita gli Istituti a considerare le proprie azioni in funzione di un'analisi esauriente e sistematica all'interno di una cornice di metodo riconosciuto nel quadro del sistema autovalutativo.

Uno specifico *Questionario*, che condivide la metrica dei processi di autovalutazione del modello CAF⁴, adottato oggi da molte pubbliche amministrazioni, compresa in Lombardia anche la scuola, guida ciascuna scuola a riflettere sui propri approcci e sulle pratiche adottate in relazione alle aree strategiche dell'intesa.

Per ogni strategia sono richiesti la riflessione e l'apprezzamento di un numero di azioni in coerenza con quanto definito

⁴ Cfr. Common Assessment Framework – si veda la declinazione per la scuola di CAF and Education disponibile sul sito: <http://www.requs.it/?pagina=4317>

nell'Intesa: cinque azioni per l'area dello *sviluppo delle competenze individuali*, cinque per la *qualificazione dell'ambiente sociale*, tre per il *miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo*, tre per la *costruzione di alleanze positive*. Per ogni azione sono presenti più *item*, per un totale di settantotto quesiti che indagano gli approcci, la progettualità, le azioni messe in campo dalle scuole.

L'autovalutazione prevede, per tutte le aree considerate, cinque risposte strutturate che definiscono lo stato di avanzamento di un'azione: da "Approccio non avviato" ad "Approccio monitorato, con utilizzo dei dati ai fini della riprogettazione".

Il Ciclo di *Deming* e la logica PDCA sono alla base della struttura dell'applicativo come della metrica CAF e rappresentano lo strumento con cui ogni scuola pianifica, attua, verifica e riesamina il proprio miglioramento.

Al termine della compilazione per ogni ordine di scuola presente nell'istituto viene calcolato un punteggio complessivo d'istituto, filtrabile per ordine, per area strategica e per singola azione. Ciò permette di visualizzare i propri risultati, anche attraverso *radar* e *grafici*, di confrontarli con le medie regionali, territoriali e compararli nella scuola e tra le scuole (*benchmarking*).

A conclusione del processo di autovalutazione, la scuola può disporre di un documento (*Profilo di salute*) che si autogenera e che consente di definire chiaramente i punti di forza e le aree potenziali di miglioramento. L'individuazione delle aree di debolezza e di forza, come punto di partenza per il miglioramento continuo delle *performance*, consente in particolare di mantenere nel tempo l'organizzazione adeguata ai fini (*mission*), con una sequenza continua di fasi di perfezionamento e di consolidamento (*stabilizzazione*).

Fig.1 - Esempio di questionario

SCUOLA PRIMARIA - Autovalutazione aprile 8 23.1.15, 11:18:36

STRATEGIA 1 STRATEGIA 2 STRATEGIA 3 STRATEGIA 4

STRATEGIA 4: RAFFORZARE LA COLLABORAZIONE CON I COLLEGATI

AZIONE 4.1
La Scuola ricerca la collaborazione con le famiglie nella programmazione orientata alla promozione della salute

4.1.1 La scuola informa tutti i genitori della adesione alla Rete delle Scuole che promuovono salute

- A - Approccio non avviato o solo sporadicamente tentato
- B - Approccio in fase di pianificazione
- C - Approccio in fase di realizzazione
- D - Approccio attuato e ben documentato
- E - Approccio monitorato, con utilizzo dei dati ai fini della riprogettazione

Fig. 2 - Autovalutazione di un istituto con confronto tra i diversi ordini che lo costituiscono



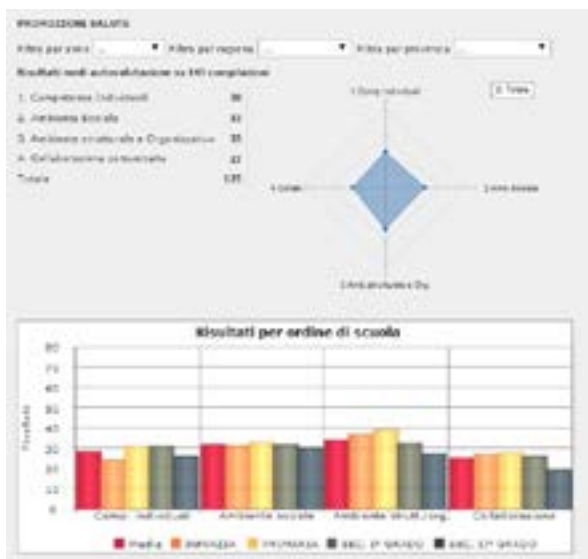
Fig. 3 - Autovalutazione istituto in relazione alle medie regionali



Fig. 4 - Autovalutazione istituto con analisi storica



Fig. 5 - Risultati autovalutazione strategie; risultati per strategie e ordine di scuole; Radar



La messa a punto di piani di miglioramento

Il profilo di salute può quindi essere presentato alla collegialità dei componenti dell'istituzione e i risultati possono essere analizzati e discussi per definire le aree prioritarie su cui intervenire, quelle cioè che contribuiscono maggiormente al conseguimento degli obiettivi strategici dell'organizzazione.

Sulla base delle priorità possono essere infine sviluppati e attuati i *piani di miglioramento*, che ciascun istituto deve tradurre in azioni pianificate e monitorate nel tempo, per verificarne l'efficacia e il cambiamento sostanziale (*breakthrough*). Ogni scuola, dunque, può stabilire il proprio livello tendenziale rispetto a specifici indicatori e valutare nel tempo i propri progressi.

Nella sezione *Obiettivi* sono stati identificati alcuni indicatori, declinati anch'essi nelle quattro aree strategiche, ripartiti per l'intero istituto e per i possibili ordini afferenti, che consentono alla scuola di ragionare in modo da porsi traguardi effettivamente raggiungibili rispetto al proprio contesto e alle risorse disponibili. Ciò consente di determinare i propri obiettivi e verificarne – sulla base dei risultati ottenuti con le azioni messe in campo in ciascuna area strategica – il raggiungimento nell'arco di tempo che ogni scuola si è prefissato.

Un *cruscotto* con i colori verde, giallo e rosso evidenzia visivamente i risultati ottenuti e consente anche il confronto fra tutte le scuole che hanno completato l'inserimento dei dati, al fine di effettuare operazioni di *benchmarking*

L'ultima sezione, relativa ai *Risultati*, permette alle scuole di inserire quanto raggiunto al termine dell'anno scolastico e di calcolare gli esiti effettivi, attraverso un'elaborazione automatica che va eseguita separatamente per gli indicatori generali di istituto e per quelli relativi ai vari ordini di scuola, tramite gli appositi bottoni "*calcolo esiti*".

La compilazione finale di questo segmento dell'applicativo permette di ottenere, attraverso l'uso di alcuni simboli cromatici e di istogrammi, un'immediata valutazione grafica dei dati in relazione alle medie regionali (sia complessive di istituto, sia per grado e per singolo item). Anche in questa sezione, un *cruscotto* con i colori verde, giallo e rosso evidenzia visivamente gli esiti effettivamente ottenuti e consente anche il confronto tra tutte le scuole che hanno completato l'inserimento dei dati, al fine di effettuare operazioni di *benchmarking*.

Fig. 6 - Indicatori

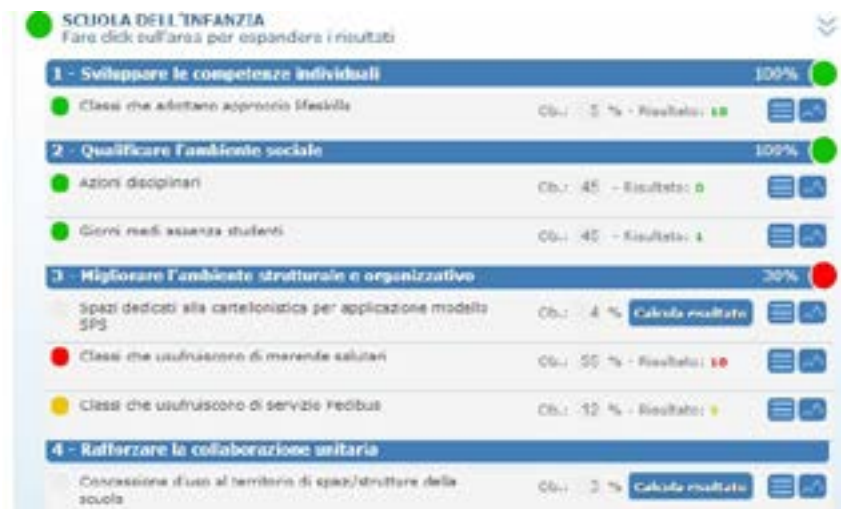
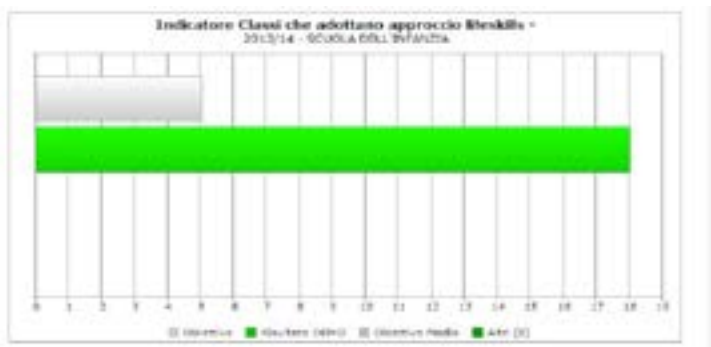


Fig. 7 - Risultato ottenuto per indicatore rispetto all'obiettivo dichiarato



Strumenti per pensare e progettare

Nella stessa sezione, infine, è possibile visualizzare, quali ulteriori dati di confronto, gli *Esiti* raggiunti, che tengono conto dei risultati inseriti, comprensivi anche del livello di soddisfazione espresso attraverso questionari di gradimento *online* predisposti nell'area *Risorse*, (rivolti a genitori, studenti, docenti e personale ATA), in conformità col Modello CAF e rielaborati in automatico dal sistema. Anche in questo

caso è possibile una valutazione comparativa tra gli ordini dell'istituto, con le medie territoriali, oppure rispetto ai diversi anni scolastici.

Gli strumenti predisposti consentono un'efficace e immediata modalità di confronto del singolo istituto al suo interno (tra i diversi ordini della stessa scuola che nel tempo) ed anche tra le diverse scuole della regione, nell'intento di sostenere il lavoro autoriflessivo delle scuole alla base del processo di miglioramento continuo della qualità della loro offerta formativa.

Fig. 8 - Crusco: esiti raggiunti dall'istituto



Fig. 9 - Risultati ottenuti per strategie e per ordine di scuole

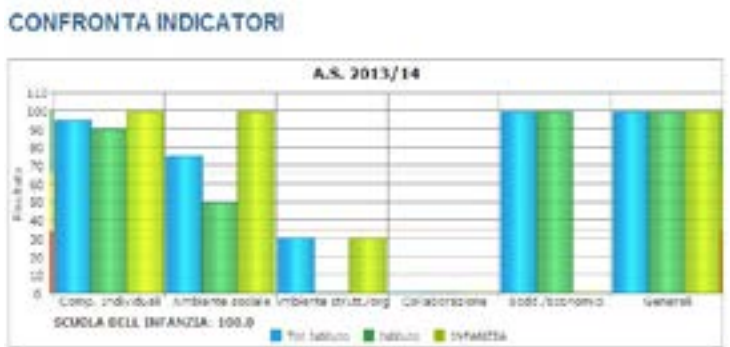
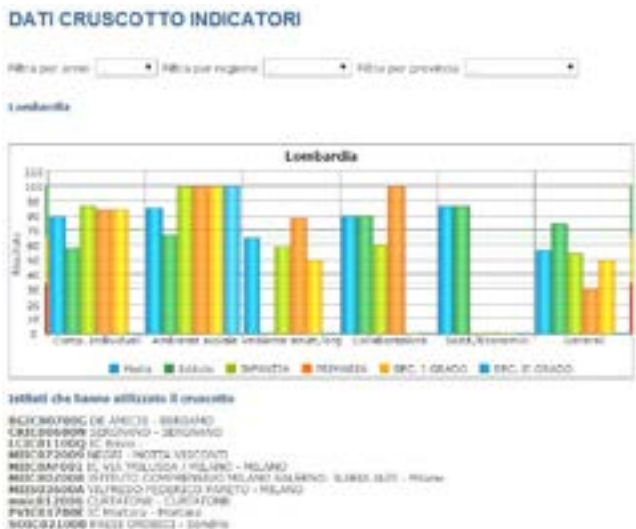


Fig. 10 - Confronto risultati di un istituto per strategie e per ordine di scuole in relazione alle medie regionali



Condividere e diffondere informazioni e conoscenze

Uno dei nodi di particolare rilievo, date le dimensioni della Rete SPS è quello della comunicazione. A livello regionale, il principale veicolo informativo è rappresentato dal sito internet, recentemente rinnovato, <http://www.scuolapromuovesalute.it/> sul quale è possibile reperire informazioni anche sulle esperienze condotte a livello provinciale.

Il sito garantisce, insieme ad altri canali utilizzati, un'efficace comunicazione, la promozione di nuove adesioni alla Rete, la diffusione di iniziative che riguardano il mondo della Scuola e della Sanità e il valido scambio di informazioni riguardo esperienze e buone pratiche.



Un unico *menù* orizzontale (con alcune voci a scorrimento verticale) è inserito nella testata del sito per fornire le informazioni dettagliate su “Modello”, “Rete delle Scuole aderenti”, “Risorse e materiali”, “Modalità per aderire alla rete”, “Newsletter” (cui è possibile iscriversi anche con mail personale), “Esperienze nella rete” (sezione che sarà dedicata a ospitare buone pratiche ed esperienze realizzate) oltre ai “Contatti” e a una sezione, “Area riservata”, in via di implementazione.



Dalla struttura degli strumenti messi a punto, è evidente che, al di là delle affermazioni di principio e dei valori alla base del modello, le scuole devono garantire, attraverso la loro azione concreta, la possibilità che ciascun membro della loro comunità (studente, docente o personale ATA), possa fare “esperienze di salute”, rispetto ai principali determinanti che impattano in maniera più significativa sulla salute di ognuno (in particolare alimentazione, attività fisica, lotta al tabagismo). Pertanto le scuole che aderiscono alla Rete si impegnano concretamente a utilizzare al meglio i dispositivi predisposti e a realizzare, documentandole, *buone pratiche* messe a sistema, secondo quanto indica il modello.

5. I DOCUMENTI DELLA RETE

5.1 L'INTESA REGIONE-USR

A seguito del lavoro intersettoriale tra Scuola e sanità, il 14 luglio 2011 è stata sottoscritta, dal presidente di Regione Lombardia e dal Direttore generale dell'USR per la Lombardia, l'intesa La "Scuola lombarda che promuove salute", che delinea la strategia condivisa in materia di promozione della salute nel contesto scolastico., da cui discende la costituzione della Rete SPS – Lombardia. Si riporta un estratto del documento originale.

(ESTRATTO)

LE PARTI CONDIVIDONO

I contenuti del documento "Modello lombardo delle scuole che promuovono salute", allegato quale parte integrante della presente Intesa, ed in particolare che:

- La "Scuola lombarda che promuove salute" assume titolarità nel governo dei processi di salute, e quindi nella definizione di priorità, obiettivi, strumenti, metodi, che si determinano nel proprio contesto - sul piano didattico, ambientale-organizzativo, relazionale - così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche.
- La "Scuola lombarda che promuove salute" interpreta in modo completo la propria *mission* formativa: la salute non è un contenuto tematico, portato nella scuola da esperti esterni di varie discipline, ma un aspetto che influenza significativamente il successo formativo, nell'ambito di una completa dimensione di benessere, e come tale deve costituire elemento caratterizzante lo stesso curriculum, elaborato nell'ambito dell'autonomia riservata alle Istituzioni scolastiche e con riferimento agli indirizzi regionali.
- La "Scuola lombarda che promuove salute" mette in atto un piano strutturato e sistematico funzionale alla promozione della salute di tutti gli alunni e del personale (docente e non docente)

- La “Scuola lombarda che promuove salute” sostiene nell’ambito della determinazione territoriale dei curricoli l’inserimento delle tematiche relative alla salute e lo sviluppo delle correlate competenze; attiva un processo di auto-analisi in relazione ai diversi determinanti di salute così da definire il proprio “profilo di salute”; pianifica il proprio processo di miglioramento individuando priorità ed obiettivi; mette in atto azioni fondate su evidenze di efficacia e/o buone pratiche validate; monitora il processo intrapreso e valuta i risultati sulla base dei quali ridefinisce gli obiettivi; attiva il dialogo all’ esterno valutando tutte le opportunità a sostegno del percorso di miglioramento.
- La “Scuola lombarda che promuove salute”, nel pianificare il proprio processo di miglioramento, adotta un approccio globale che si articola in quattro ambiti di intervento strategici:

1. SVILUPPARE LE COMPETENZE INDIVIDUALI
2. QUALIFICARE L’AMBIENTE SOCIALE
3. MIGLIORARE L’AMBIENTE STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO
4. RAFFORZARE LA COLLABORAZIONE COMUNITARIA

LE PARTI SI IMPEGNANO

1. Ad assumere il “MODELLO LOMBARDO DELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE” quale quadro metodo logico di riferimento in relazione alle diverse attività che hanno impatto su determinanti di salute nel contesto scolastico;
2. Ad avviare nell’anno scolastico 2011/2012 la fase di sperimentazione - in un gruppo di Scuole individuate a cura dell’Ufficio Scolastico Regionale - finalizzata prioritariamente alla validazione di un set di indicatori che definiscano il riconoscimento di “Scuola che Promuove Salute”;
3. Ad attivare tutte le iniziative necessarie a formalizzare l’adesione della Rete Lombarda al network “*School for Health in Europe*”;
4. A realizzare le azioni necessarie alla messa a sistema della “Rete Lombarda delle Scuole che Promuovono Salute”;

ed in particolare:

- definizione delle modalità di adesione formale alla Rete da parte delle singole Scuole, con evidenza degli impegni assunti nell'applicazione del "Modello lombardo delle scuole che promuovono salute" nel loro contesto;
- rilevazione degli esiti della sperimentazione con formalizzazione del set di indicatori che definiscono il riconoscimento di "Scuola che Promuove Salute";
- diffusione delle *best practice* e replicabilità su larga scala del modello condiviso;
- definizione delle modalità di costituzione della Rete e degli strumenti di comunicazione e diffusione delle attività intraprese.

(...)

"Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute"

(ESTRATTO)

PREMESSA

Il presente documento:

- è il frutto di un percorso di elaborazione comune condotto in Lombardia tra sistema scuola (Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, Dirigenti Scolastici, Insegnanti) e sistema sanitario e socio - sanitario (Direzione Generale Sanità, Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale e ASL), con la partecipazione delle Direzioni Generali Agricoltura, Sport e Giovani, Istruzione, Formazione e Lavoro, e costituisce una tappa importante per la costruzione di una cultura che riconosce la responsabilità intersettoriale nei processi di salute in Lombardia;
- recepisce e rielabora in forma originale le indicazioni del dibattito internazionale (in particolare: "Migliorare le scuole attraverso la salute" - Dichiarazione della 3ª Conferenza europea School for Health in Europe, Vilnius-2009 "Promuovere la salute nelle scuole dall'evidenza

all'azione" *International Union for Health Promotion and Education - 2009*), contestualizzandole a livello regionale sulla base delle esperienze maturate localmente sul campo;

- costituisce il punto di riferimento della "Rete Lombarda delle Scuole che Promuovono Salute", offrendo un quadro teorico-culturale e metodologico a cui rifarsi per costruire efficaci programmi di promozione della salute in ambito scolastico.

Le Scuole che aderiscono alla "Rete Lombarda delle Scuole che Promuovono Salute" s'impegnano a operare sulla base delle indicazioni contenute nel presente documento, in coerenza con le variabili del proprio contesto operativo.

L'APPROCCIO SCOLASTICO GLOBALE

- Storicamente l'educazione alla salute nella scuola si basava su un approccio tematico (o settoriale) con interventi realizzati nelle classi che affrontavano, separatamente, questioni come fumo, droghe, alcol, alimentazione, sessualità, sicurezza, benessere psicologico, sicurezza e altri ancora. I diversi temi erano spesso portati avanti da soggetti esterni alla scuola prevalentemente sanitari e socio-sanitari- esperti di contenuto ma concentrati sulla loro specifica area d'intervento.
- E' dimostrato che l'approccio scolastico globale (o sistemico) ha maggiori possibilità di efficacia rispetto a quello tematico (o settoriale) poiché: affronta le questioni all'interno di un unico quadro d'insieme calato nei processi educativi-formativi, combina interventi in aula e sugli ambienti, intreccia cambiamento individuale e trasformazione sociale.
- L'approccio scolastico globale in cui vi è coerenza tra le politiche della scuola (riferite ad ambiente sociale, fisico ed organizzativo) e le pratiche educative favorisce il miglioramento dei risultati dell'apprendimento, aumenta il benessere emotivo e riduce i comportamenti a rischio per la salute.

I PRINCIPI FONDAMENTALI

- *Equità.* La “Scuola che promuove salute” offre a tutti/e l'accesso equo a un'ampia gamma di opportunità educative e di salute, favorendo lo sviluppo di competenze e la crescita emozionale e sociale di ogni individuo finalizzate all'ottenimento nel lungo termine un impatto significativo rispetto alla riduzione delle disuguaglianze di salute e al miglioramento della qualità dell'apprendimento lungo tutto il ciclo di studi.
- *Inclusione.* La “Scuola che promuove salute” riconosce e valorizza le diversità e si preoccupa di costruire una comunità di apprendimento in cui tutti possano godere della fiducia e del rispetto reciproco. Per questo motivo s'impegna a favorire buone relazioni degli alunni fra di loro, con il personale scolastico e tra scuola, genitori e comunità locale.
- *Partecipazione.* La “Scuola che promuove salute” mira al coinvolgimento attivo ed all'empowerment dei diversi soggetti della comunità scolastica (bambini, ragazzi, personale, genitori) nella definizione degli obiettivi di salute e nelle azioni da realizzare e si preoccupa di sviluppare motivazione e impegno nell'azione.
- *Sostenibilità.* La “Scuola che promuove salute” riconosce che benessere, formazione e apprendimento sono strettamente legati e investe risorse con una prospettiva di medio-lungo termine in questa direzione. Sistematicità e costanza nell'impegno per almeno 5-7 anni sono requisiti indispensabile per ottenere buoni risultati.

La “Scuola lombarda che promuove salute” pianifica il proprio processo di miglioramento adottando un *approccio globale* che si articola in quattro ambiti di intervento strategici:

| | |
|--------------------|--|
| STRATEGIA 1 | SVILUPPARE LE COMPETENZE INDIVIDUALI Potenziare conoscenze e abilità |
| AZIONI | <p>1.1 La Scuola adotta un curriculum formativo che comprende in modo strutturale lo sviluppo di competenze e di tematiche sulla salute</p> <p>1.2 La Scuola s'impegna ad affrontare le tematiche della salute in modo integrato e interdisciplinare</p> <p>1.3 La Scuola utilizza metodologie educative attive che sviluppino competenze alla vita (life skill)</p> <p>1.4 La Scuola cura la formazione continua del personale sviluppando conoscenze aggiornate e consapevolezza critica</p> <p>1.5 La Scuola incoraggia e sostiene l'innovazione educativa orientata alla promozione della salute</p> |
| STRATEGIA 2 | QUALIFICARE L'AMBIENTE SOCIALE Promuovere clima e relazioni positive |
| AZIONI | <p>2.1 La Scuola favorisce l'ascolto e l'accoglienza</p> <p>2.2 La Scuola offre sostegno alle persone in difficoltà</p> <p>2.3 La Scuola promuove il senso di appartenenza</p> <p>2.4 La Scuola s'impegna a migliorare il clima scolastico</p> <p>2.5 La Scuola promuove la cultura della pro-socialità</p> |
| STRATEGIA 3 | MIGLIORARE L'AMBIENTE STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO Creare e trasformare spazi e servizi favorevoli alla salute |
| AZIONI | <p>3.1 La Scuola qualifica gli spazi fisici con criteri di sicurezza, salubrità, sostenibilità ambientale e piacevolezza</p> <p>3.2 La Scuola definisce modalità di utilizzo di spazi e tempi su criteri di salute e benessere di alunni e personale</p> <p>3.3 La Scuola s'impegna ad organizzare i diversi servizi scolastici sulla base di criteri di salute</p> |
| STRATEGIA 4 | RAFFORZARE LA COLLABORAZIONE COMUNITARIA Costruire alleanze positive |
| AZIONI | <p>4.1 La Scuola ricerca la collaborazione con le famiglie nella programmazione orientata alla promozione della salute</p> <p>4.2 La Scuola ricerca la collaborazione con l'ASL nella programmazione orientata alla promozione della salute</p> <p>4.3 La Scuola ricerca la collaborazione con gli Enti Locali nella realizzazione di interventi/programmi per la promozione della salute</p> <p>4.4 La Scuola ricerca la collaborazione con i diversi Soggetti sociali e della comunità nella realizzazione di interventi/programmi per la promozione della salute</p> |

5.2 ACCORDO DI RETE

L'accordo di rete, sottoscritto al suo nascere da 82 istituzioni scolastiche della Lombardia definisce compiti e responsabilità della Rete SPS e dei suoi organismi organizzativi (scuola capofila, coordinamenti regionale e provinciali, gruppi di lavoro delle scuole), specifica le condizioni di adesione da parte dei nuovi istituti, indica le strategie di intervento e le modalità di comunicazione e di condivisione delle risorse.

(ESTRATTO)

Le sottoelencate Istituzioni Scolastiche Autonome, rappresentate dai rispettivi Dirigenti - Scolastici pro- tempore.... convengono con la presente di istituire una Rete denominata: "Rete delle Le Scuole che Promuovono Salute - Lombardia" secondo quanto di seguito riportato e sottoscritto dai Dirigenti Scolastici pro tempore delle scuole indicate nell'allegato A:

Art. 1

Finalità

Le scuole costituenti la Rete si impegnano a sviluppare al proprio interno il "Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute"

Art. 2

Ambiti di intervento strategici

Le scuole costituenti la Rete nel pianificare il proprio processo di miglioramento, adottano un approccio globale articolato in quattro ambiti di intervento strategici:

1. SVILUPPARE LE COMPETENZE INDIVIDUALI
2. QUALIFICARE L'AMBIENTE SOCIALE
3. MIGLIORARE L'AMBIENTE STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO
4. RAFFORZARE LA COLLABORAZIONE COMUNITARIA

Art. 3

Organizzazione della Rete

La Rete è costituita dalle Scuole Lombarde che Promuovono Salute organizzate per ambiti provinciali.

Sono organi della Rete:

- Il Coordinamento Regionale della Rete

- La scuola capofila
- Il Coordinamento provinciale
- La scuola capofila di ciascuna provincia
- I gruppi di lavoro delle singole scuole

Il Coordinamento regionale è composto dal Dirigente della Scuola capofila di Rete, dai Dirigenti Scolastici delle Scuole capofila provinciali di Rete, dal rappresentante della Direzione Generale Salute di Regione Lombardia, dal rappresentante dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia.

Compiti:

- verificare periodicamente lo stato di avanzamento del processo di rete e delle attività programmate all'interno delle Istituzioni scolastiche aderenti;
- valutare il rispetto dei criteri nell'azione delle scuole che aderiscono alla rete;
- definire le azioni necessarie negli ambiti di interventi strategici;
- definire la quota di adesione alla rete da parte delle scuole interessate e definire i criteri per ripartire, tra le scuole aderenti, le risorse stanziare dai vari Enti;
- approvare il bilancio di previsione e il bilancio consuntivo relativi a ciascun anno solare.

Le decisioni vengono assunte sulla base della maggioranza qualificata dei presenti

La scuola capofila

Le scuole della rete sono coordinate da una scuola capofila individuata nell'Istituto di istruzione superiore "Carlo Dell'Acqua", via Calini 5, 20025 Legnano (Mi).

Il Dirigente Scolastico pro tempore della scuola capofila rappresenta la Rete nei diversi ambiti istituzionali e non, convoca il Coordinamento regionale, almeno due volte l'anno, al termine di ogni anno scolastico relaziona alle altre Scuole della Rete circa l'utilizzo delle risorse comuni, fermo restando il diritto di accesso ai relativi atti che gli organi delle

cointeressate Istituzioni Scolastiche potranno esercitare ogni qualvolta sarà ritenuto necessario.

Il Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi della scuola capofila predispone il bilancio di previsione e il bilancio consuntivo della Rete. Provvede, inoltre, al riparto delle risorse economiche tra le scuole della Rete e alla gestione diretta di quelle destinate alla Rete nel suo insieme.

Il Coordinamento provinciale è composto dai Dirigenti Scolastici delle scuole aderenti per ciascun ambito provinciale, da rappresentanti dell'ASL, dal rappresentante dell'Ufficio Scolastico Territoriale.

Compiti:

- Individuare la Scuola capofila di Rete provinciale, che convoca lo stesso Coordinamento provinciale per la realizzazione delle attività programmate;
- Verificare periodicamente lo stato di avanzamento del processo di rete sul territorio provinciale e delle Attività programmati all'interno delle Istituzioni scolastiche aderenti;
- Proporre iniziative ed attività alle scuole dell'ambito provinciale e al Coordinamento regionale.

Gruppi di lavoro delle singole scuole

In ciascuna scuola aderente alla Rete deve essere definito un gruppo di lavoro interno la cui responsabilità è affidata al Dirigente Scolastico.

Compiti:

- promuovere la conoscenza del Modello e delle Attività programmate all'interno del corpo docenti, presso le famiglie, presso i diversi soggetti della Comunità locale;
- accogliere i dati di verifica rispetto alle attività realizzate;
- comunicare i dati al Coordinamento provinciale;
- redigere un rapporto annuale sull'attività svolta;
- raccogliere e comunicare al Coordinamento provinciale esperienze e materiali;
- documentare il percorso svolto sulla base delle indicazioni ricevute.

Art. 4

Adesione alla Rete

Tutte le scuole della Lombardia, e di altre regioni nel caso la rete dovesse assumere dimensioni sovra regionali, possono aderire alla Rete.

L'adesione è vincolata ai seguenti criteri:

- POF orientato alla promozione della salute, intesa secondo il Modello di cui all'Intesa 14.07.2011 "La scuola lombarda che promuovono salute";
- impegno a declinare il proprio "profilo di salute", individuare priorità d'azione e pianificare il processo di miglioramento nei quattro ambiti di intervento strategici riportati all'Art. 2 utilizzando gli strumenti predisposti dalla Rete;
- impegno a realizzare annualmente almeno 2 buone pratiche negli ambiti di intervento strategici e a rendicontare le azioni intraprese;
- impegno a documentare le azioni svolte, alimentando il sistema informativo della Rete (sito web, newsletter, ecc.).

L'adesione avviene su delibera dei Collegi dei docenti e dei Consigli di Istituto, e con la sottoscrizione del presente accordo, per il tramite del coordinamento provinciale.

Il coordinamento regionale si riserva di valutare il rispetto dei criteri nell'azione delle scuole che aderiscono alla Rete.

(...)

5.3 LA «CARTA D'ISEO» INDIRIZZI METODOLOGICI DELLA RETE SPS

Nei giorni 19, 20 e 21 Novembre 2012, a Iseo (BS), si è tenuto il Laboratorio "Costruire la rete", prima iniziativa di formazione dei Dirigenti delle Scuole lombarde capofila provinciali della Rete delle Scuole che Promuovono Salute. Principali obiettivi e ambiti di confronto del Laboratorio sono stati il rinforzo del senso di appartenenza, il supporto alla coesione organizzativa ed alle competenze per promuovere lo sviluppo di quanto previsto all'art.4 dell'Accordo di Rete nelle scuole aderenti. Dal percorso del Laboratorio è esitato il presente documento - "La carta di Iseo" -

che rappresenta lo "start up" del processo di "capacity building" della Rete e, in tal senso, non vuole avere alcuna caratteristica di esaustività ma solo affermare gli elementi operativi "minimi" e "comuni" delle Scuole che aderiscono alla Rete.

Assumere la titolarità

I rappresentanti delle Scuole capofila provinciali della Rete delle Scuole che Promuovono Salute - Lombardia (SPS) riuniti ad Iseo il 19-20-21 Novembre 2012 s'impegnano a sostenere fattivamente la titolarità della Scuola nel governo di determinanti di salute riconducibili a diversi aspetti: ambiente formativo, ambiente sociale, ambiente fisico, ambiente organizzativo, così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche. A questo scopo s'impegnano a realizzare, promuovere e sostenere nelle Scuole della Rete dei piani di miglioramento continuo, che affrontino contestualmente ("approccio globale") le quattro aree strategiche: 1) sviluppare le competenze individuali 2) qualificare l'ambiente sociale 3) migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo 4) rafforzare la collaborazione comunitaria. Le scuole si impegnano inoltre a riconoscere, diffondere ed attingere a tutte le opportunità che il sistema regionale rende disponibili in termini di collaborazioni e risorse.

Adottare una cultura di lavoro di rete

I rappresentanti delle scuole capofila provinciali ritengono importante agire il proprio ruolo adottando una cultura di lavoro di rete tesa a massimizzare i seguenti vantaggi:

- Passare da interventi settoriali ad azioni integrate;
- Rinforzare azioni mirate su territori delimitati;
- Sviluppare corresponsabilità;
- Creare sinergie, ottimizzare sforzi;
- Condividere e coordinare risorse;
- Sviluppare fiducia, superare stereotipi;
- Affrontare i problemi con alleanze più allargate.

I rappresentanti delle Scuole capofila provinciali sono inoltre

consapevoli e motivati rispetto alla *mission* di consolidare e sviluppare, sia in termini quantitativi che qualitativi, la rete delle scuole aderenti, tenendo conto di curare i diversi livelli di funzionamento della Rete stessa:

- *Networking*: scambio di informazioni;
- *Coordinamento*: concertazione di azioni separate;
- *Cooperazione*: concertazione di alcune azioni comuni;
- *Collaborazione*: co-progettazione / partnership.

Sostenere l'approccio globale attraverso azioni orientate ai singoli e all'ambiente

Nell'impostare i programmi sopra descritti, i rappresentanti delle Scuole capofila provinciali della Rete SPS riconoscono che la promozione della salute necessita contestualmente di interventi orientati all'individuo ("sviluppare le competenze individuali") e di interventi orientati all'ambiente ("qualificare l'ambiente sociale; migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo; rafforzare la collaborazione comunitaria") e, in tal senso, le Scuole capofila promuovono la pianificazione da parte delle scuole aderenti alla Rete di interventi di tipo informativo, comportamentale/sociale, politico/ambientale, pensati e realizzati con un approccio multi-disciplinare e multi-professionale e in un'ottica di progettazione e valutazione partecipata (cioè con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori interessati - alunni, insegnanti, altri operatori scolastici, famiglie, decisori locali).

Rendere partecipi tutti i soggetti della comunità scolastica

I rappresentanti delle Scuole capofila provinciali riconoscono l'importanza di offrire opportunità costanti di sviluppo delle capacità e delle competenze di tutta la comunità scolastica: insegnanti, operatori della scuola, genitori. I criteri di equità, *empowerment* e partecipazione di tutti i soggetti della comunità scolastica devono guidare il processo di costruzione della rete e caratterizzare ogni tipo di intervento/azione/programma realizzato da ciascuna scuola aderente. Azioni formative dedicate, incontri e percorsi congiunti possono raggiungere tale scopo in maniera efficace.

Puntare sulle buone pratiche

Per realizzare concretamente i propri piani di miglioramento, i rappresentanti delle Scuole capofila provinciali s'impegnano a realizzare programmi ispirati ai seguenti criteri di buona pratica:

- *Analisi.* Realizzare un'attività di analisi attraverso il metodo del *profilo di salute della scuola*, contribuendo a implementare il sistema informatico messo a punto dall'Ufficio Scolastico Regionale in collaborazione con la Direzione Generale Salute di Regione Lombardia;
- *Obiettivi.* Formulare obiettivi *smart* (specifici, misurabili, raggiungibili, realistici e delimitati nel tempo) alla luce delle prove di efficacia presenti in letteratura e inseriti in un contesto teorico coerente;
- *Valutazione.* Delineare e realizzare un'adeguata attività di valutazione dei programmi, sia rispetto all'impatto che rispetto al processo;
- *Comunicazione.* Adottare sistemi di comunicazione dei programmi che siano chiari, efficaci ed accessibili;
- *Documentazione.* Avere cura di provvedere ad una buona attività di documentazione (scritta, fotografica, audio-video) dei programmi realizzati;
- *Trasferibilità.* Tenere conto della trasferibilità dei programmi avendo cura di valutare con attenzione le condizioni di contesto;
- *Sostenibilità.* Stimare e adottare programmi che rispondano a requisiti di sostenibilità rispetto alle risorse a disposizione, ai tempi di realizzazione e ai vincoli esistenti;
- *Alleanze.* Ideare e realizzare programmi con la collaborazione e l'alleanza operativa delle Aziende Sanitarie Locali e di altri soggetti sociali organizzati della comunità (enti locali, associazioni, cooperative, etc.).

Scegliere programmi con criteri di efficacia e coerenza con buone pratiche documentate

I rappresentanti delle Scuole capofila nel realizzare/sostenere

lo sviluppo di programmi per la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute (con particolare riferimento a determinanti di salute quali corretta alimentazione e stile di vita attivo) si impegnano a tenere conto delle prove di efficacia esistenti e di «buone pratiche» documentate. Dalla disamina di quanto attualmente disponibile convengono sui seguenti aspetti minimi che debbono caratterizzare “una scuola che promuove salute”:

A. Adottare un approccio educativo fondato sui principi della Life Skills Education

«Con il termine Skills for life si intendono tutte quelle skills (abilità, competenze) che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali skills socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress (...) Per insegnare ai giovani le Skills for life è necessario introdurre specifici programmi nelle scuole o in altri luoghi deputati all'apprendimento»¹.

B. Creare condizioni favorevoli per una sana alimentazione e uno stile di vita attivo

| Azioni efficaci per la promozione di stile di vita attivo | Azioni efficaci per la promozione di corretta alimentazione |
|---|--|
| <i>Area: Sviluppare le competenze individuali</i> | <i>Area: Sviluppare le competenze individuali</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Realizzare attività didattiche teorico/pratiche sui benefici dell'attività fisica (suscitare interesse, sviluppare conoscenze e competenze) e incontri/dibattiti info/formativi (spazi per il dialogo e il confronto con esperti e tra pari)• Elmente, tra le attività extracurricolari la promozione dell'attività fisica (attivare corsi specifici su attività facilmente praticabili - ad esempio sulla disciplina della marcia, sul fit o nordik walking, sull'orienteeing,)• Realizzare percorsi formativi e di accompagnamento rivolti agli insegnanti su dati, benefici, metodi e strumenti per favorire la promozione dell'attività fisica, | <ul style="list-style-type: none">• Implementare programmi di educazione nutrizionale, dalla scuola dell'infanzia fino alle scuole superiori, come parte di un curriculum formativo progressivo, finalizzato a supportare l'adozione di comportamenti alimentari salutari• Educare ad una corretta alimentazione attraverso la realizzazione di attività formative che siano corrette da un punto di vista metodologico, culturalmente rilevanti, piacevoli e partecipative e che includano strategie di apprendimento sociale• Fornire agli insegnanti un adeguato programma di formazione di base in materia di educazione alimentare, nonché organizzare programmi di formazione continua finalizzati ad approfondire i metodi didattici per il cambiamento dei comportamenti alimentari. |

| | |
|---|---|
| <p><i>Area: Qualificare l'ambiente sociale</i></p> | <p><i>Area: Qualificare l'ambiente sociale</i></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Favorire l'avvicinamento alla pratica sportiva attraverso la sperimentazione attiva e partecipata di giochi sportivi o di parte di essi (giornate multi sport, mini-sport) • Creare nuove occasioni per fare movimento durante l'orario scolastico (ad esempio utilizzare le pause ricreative e gli intervalli) e favorire e sviluppare occasioni di gioco attivo (giochi di squadra, riscoperta dei giochi tradizionali) • Promuovere la pratica sportiva negli studenti avvalendosi anche dell'esperienza di genitori e volontari attivi in questo ambito | <ul style="list-style-type: none"> • Organizzare attività extracurricolari che abbiano come tema l'alimentazione sana e variata e favoriscano anche la conoscenza di abitudini alimentari di altre culture (es orto scolastico, preparazione di alimenti "a tema") • Ridare significato e senso al momento del pasto in mensa, come momento di socializzazione, svago e conoscenza reciproca |
| <p><i>Area: Migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo</i></p> | <p><i>Area: Migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo</i></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aumentare e valorizzare le ore di educazione fisica (modificare la tradizionale struttura della giornata scolastica, ad esempio 1 ora di educazione fisica 5 giorni su 5, coinvolgere i ragazzi nello scegliere le attività fisiche da svolgere, proporre attività non tradizionali) • Predisporre e utilizzare percorsi sicuri casa-scuola che favoriscano modalità di trasporto attivo (pedibus, utilizzo della bicicletta) • Prevedere per gli studenti che partecipano alle attività fisiche extracurricolari un riconoscimento per l'impegno profuso in termini di crediti formativi | <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente scolastico di supporto che fornisca alimenti salutari (distributori automatici con alimenti salutari, merende a base di frutta) • Coordinare il servizio di mensa con il programma didattico e con tutte le altre componenti del programma educativo scolastico per rafforzare i messaggi su una sana alimentazione. • Definire riorganizzazioni strutturali degli spazi per la mensa in modo da renderli ambienti gradevoli, favorenti la socializzazione e strutturati in maniera da rendere evidenti i criteri per compiere scelte alimentari corrette (aree con colori differenti, "bollini" sui cibi, ecc.) |

| Area: Migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo | Area: Migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aumentare e valorizzare le ore di educazione fisica (modificare la tradizionale struttura della giornata scolastica, ad esempio 1 ora di educazione fisica 5 giorni su 5, coinvolgere i ragazzi nello scegliere le attività fisiche da svolgere, proporre attività non tradizionali) • Predisporre e utilizzare percorsi sicuri casa-scuola che favoriscano modalità di trasporto attivo (pedibus, utilizzo della bicicletta) • Prevedere per gli studenti che partecipano alle attività fisiche extracurricolari un riconoscimento per l'impegno profuso in termine di crediti formativi | <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente scolastico di supporto che fornisca alimenti salutarì (distributori automatici con alimenti salutarì, merende a base di frutta) • Coordinare il servizio di mensa con il programma didattico e con tutte le altre componenti del programma educativo scolastico per rafforzare i messaggi su una sana alimentazione. • Definire riorganizzazioni strutturali degli spazi per la mensa in modo da renderli ambienti gradevoli, favorenti la socializzazione e strutturati in maniera da rendere evidenti i criteri per compiere scelte alimentari corrette (aree con colori differenti, "bollini" sui cibi, ecc.) |

| Area: Rafforzare la collaborazione comunitaria | Area: Rafforzare la collaborazione comunitaria |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Favorire l'attività fisica anche in orario extrascolastico (suggerire attività che si possano svolgere al di fuori del contesto scolastico da soli, con gli amici o in famiglia; offrire opportunità per fare attività motorie/ sportive gratuitamente o a prezzi agevolati sfruttando gli spazi della scuola - palestre, cortili - e/o attraverso il coinvolgimento - spazi, strutture - della comunità, delle società sportive e degli enti locali) • Organizzare iniziative, eventi info/formativi per fornire informazioni e rendere consapevoli dell'importanza e dei benefici dell'attività fisica studenti, personale scolastico ma anche famiglie e comunità • Conoscere e valorizzare le risorse e le iniziative della comunità locale rispetto alla promozione dell'attività fisica e sportiva • Partecipare alla progettazione e alla cura dell'ambiente circostante l'istituto scolastico al fine di rendere disponibili e accessibili aree e percorsi sicuri per giocare, camminare e andare in bicicletta | <ul style="list-style-type: none"> • Organizzare iniziative, eventi info/formativi per fornire informazioni e rendere consapevoli dell'importanza e dei benefici dell'alimentazione sana e variata studenti, personale scolastico ma anche famiglie e comunità |

C. Essere un ambiente «libero dal fumo»

Pianificare, scrivere, diffondere attuare una *policy* antifumo olistica mediante un percorso partecipato con tutti i soggetti della comunità scolastica, con la collaborazione dell'ASL competente territorialmente, che preveda:

- Totale divieto di fumo nei locali e negli ambienti esterni della scuola;
- Disponibilità di informazioni sulle opportunità di percorsi di cessazione/disassuefazione disponibili sul territorio;
- Iniziative validate sul piano scientifico - metodologico per sostenere/sollecitare la scelta diventare "non fumatori" quale ad esempio il concorso <http://www.scommettichesmetti.it/> (per le scuole secondarie di II grado).

Le scuole si impegnano ad aggiornare con regolarità i propri indirizzi d'azione sulle base di evidenze e Buone Pratiche che si renderanno disponibili.

GLI ATTORI DELLA RETE SPS

COORDINAMENTO REGIONALE

Sergio Breda - DS IIS Carlo Dell'Acqua (Scuola capofila Regionale), Bruna Baggio - M.I.U.R. Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, Laura Stampini - Ufficio XVII Territoriale di Milano, Liliana Coppola, Danilo Cereda, Corrado Celata - Regione Lombardia, Ennio Ripamonti, Università degli studi Milano Bicocca.

Il Coordinamento regionale comprende anche i Dirigenti delle scuole capofila provinciali e i referenti delle ASL.

COORDINAMENTI PROVINCIALI

Referenti UST

UST Bergamo: Antonella Giannellini, UST Brescia: Federica Di Cosimo, UST Como: Laura Peruzzo, UST Cremona: Tullia Guerrini Rocco, UST Lecco: Jessica Sala, UST Lodi: Claudia Zoppi, UST Milano: Laura Stampini, UST Mantova: Nunzia Caliri, UST Monza-Brianza: Maristella Colombo, UST Pavia: Emanuela Farina, UST Sondrio: Daniela Marchesi, UST Varese: Linda Casalini

Scuole capofila provinciali

Claudio Antonio Gotti, DS Istituto Comprensivo di Zogno - Bergamo; Fiorella Sangiorgi, DS Istituto Comprensivo Ugo da Como di Lonate - Brescia; Pasquale Clemente, DS Istituto Comprensivo di Fino Mornasco - Como; Tullia Guerrini Rocco, DS Istituto Comprensivo di Trescore Cremasco - Cremona; Antonio Panizza, DS Istituto Comprensivo Lecco 2 - Lecco; Rosaria Prudente, DS II° circolo - Lodi; Patrizia Roncoletta, DS Istituto Comprensivo Bozzolo - Mantova; Valentina Marcassa, DS Istituto Comprensivo di Vona Cassano d'Adda - Milano; Tommaso Andreano, DS Istituto Comprensivo Salvo D'Acquisto Muggiò - Monza-Brianza; Loredana Lanati, DS Istituto Comprensivo Belgioioso - Pavia; Carlo Zanesi DS Istituto Comprensivo Paesi Orobici - Sondrio; Mara Caenazzo DS Istituto Comprensivo A. Frank - Varese.

Referenti A.S.L.

ASL Bergamo: Giuliana Rocca, Alessandra Maffioletti, Gigi Bortolotti - ASL Brescia: Margherita Marella, Laura Antonelli - ASL Como: Claudia Baiocchi, Annalisa Donadini, Claudio Fraquelli, Lisa Impagliazzo, Angelo Pintavalle, Anna Sannino, Biagio Santoro - ASL Cremona: Barbara Bazzani, Laura Rubagotti - ASL Lecco: Franco Tortorella, Raffaella Salaroli - ASL Lodi: Maurizio Credali, Marialuisa Dallavalle, Elena Armondi - ASL Mantova: Emanuela Anghinon, Elena Bianchera, Bruno Boccaletti, Simona Covizzi, Maria Letizia Marchetti - ASL Milano: Cappelli Chiara, Ghilotti Paola - ASL Milano 1: Fortunato D'orio, Paola Duregon, Danilo Cereda, Giovanni Beghi - Asl Milano 2: Maria Vezzoni, Antonella Calaciura - Asl Monza e Brianza: Ornella Perego, Lidia Frattallone, Federica Eynard, Emanuela Colombo - Asl Pavia: Laura Ferretti, Silvia Maggi, Patrizia Maggi, Marisa Mondani, Cristina Baggio, Andrea Oselin, Lorella Vicari, Elisabetta Mauri - Asl Sondrio: Lorella Ceconami, Giuliana Del Nero, Valentina Salinetti, Patrizia Sossi - Asl Varese: Maria A. Bianchi, Laura Piotto, Laura Randazzo, Franca Sambo - ALS Vallecamonica - Sebino: Maria Stefania Bellesi.

LA SCUOLA CHE “FA BENE”

L'esperienza della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia

Maggio 2014

Redazione a cura di:

Marina Attimonelli, Bruna Baggio, Laura Stampini - MIUR - USR per la Lombardia; Corrado Celata, Danilo Cereda, Liliana Coppola, Lucia Pirrone - Regione Lombardia; Ennio Ripamonti - Metodi – Università degli studi Milano-Bicocca; Alessandro Pozzi – Istituto Italiano di Valutazione

Progetto grafico e editing a cura di:

Davide Boniforti, Luca Rossetti - B-CAM Cooperativa sociale ONLUS

Sito: www.scuolapromuovesalute.it

LA SCUOLA CHE “FA BENE”

L'esperienza della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia

Maggio 2014

Redazione a cura di:

Marina Attimonelli, Bruna Baggio, Laura Stampini - MIUR -USR per la Lombardia; Corrado Celata, Danilo Cereda, Liliana Coppola, Lucia Pirrone - Regione Lombardia; Ennio Ripamonti - Metodi – Università degli studi Milano-Bicocca; Alessandro Pozzi – Istituto Italiano di Valutazione

Progetto grafico e editing a cura di:

Davide Boniforti, Luca Rossetti - B-CAM Cooperativa sociale ONLUS

www.scuolapromuovesalute.it

info@scuolapromuovesalute.it