



**Osservatorio di Ricerca e Studio Età Evolutiva e
Adolescenziale**

Bollettino informativo
n. 7

Ottobre 2010

PRESENTAZIONE

Siamo al secondo numero della nuova edizione del Bollettino ORSEA, così come il sottoscritto è al secondo incarico presso questa ASL. E' un onore, per me, presentare questo nuovo lavoro che costituisce il senso della continuità e la testimonianza di una Azienda vitale, propositiva e con alto grado di professionalità. Di solito l'attenzione dei media è centrata soprattutto verso l'aspetto ospedaliero della sanità, e, spesso, passa in secondo piano quella serie di servizi territoriali che danno senso alla preminenza dell'attenzione alla salute nella comunità.

L'attività dell'ORSEA è una delle manifestazioni di qualità della prevenzione, nell'ottica della promozione della salute e, a quanto sembra, l'ASL di Frosinone si evidenzia nel Lazio ed in Italia rispetto alle risposte in termini di prevenzione di comunità e di attenzione al mantenimento e promozione di salute.

Questo avviene in un contesto regionale e nazionale particolarmente difficile: il Lazio è una delle Regioni che presenta un deficit di bilancio nella sanità tra i più pesanti d'Italia, la Regione è fortemente impegnata a rientrare da questo deficit, per cui la mia personale autonomia, così come quella degli altri miei colleghi, è fortemente condizionata dal dato economico. Il rischio che si produce è che l'eccessiva attenzione al risparmio può spingersi verso un economicismo che, nel medio e lungo periodo, può portare ad una "spesa" sociale ben più pesante e pericolosa: un aumento esponenziale del rischio "salute" in Regione. Da un lato siamo costretti a fare i conti con le ristrettezze economiche che ci costringono a tagli, razionalizzazioni, accorpamenti, dall'altra siamo fortemente consapevoli che la richiesta di "salute" della popolazione non può essere disattesa né la qualità abbassata. E allora non possiamo che muoverci in una ottica di valorizzazione delle professionalità, certi che il personale della ASL di Frosinone senta la responsabilità richiesta ed il nostro compito di amministratori non può che essere quello di sostegno, governo, coordinamento e facilitazione delle procedure e dei rapporti.

In tal senso desidero esprimere vivo apprezzamento per la sensibilità e lungimiranza dei Direttori dei quattro Dipartimenti Aziendali, - Dipartimento dell'Integrazione Socio-Sanitaria e Tutela della Maternità e del Bambino, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento della Prevenzione e Dipartimento Disagio Devianza Dipendenza, - i quali hanno consentito la messa in sinergia dei Servizi da loro coordinati per la costituzione di un organismo specificamente mirato alla realizzazione di interventi di prevenzione. Mi è gradito, inoltre, sottolineare che tali interventi sono resi possibili solo grazie all'alta professionalità espressa dagli Operatori che li realizzano, maturata in anni di esperienza nello svolgimento dei compiti d'istituto all'interno delle Strutture di assegnazione e frutto di un processo di formazione professionale continua intra ed extra aziendale .

L'ORSEA sembra essere un buon esempio di questo sforzo che coniuga professionalità e razionalizzazione delle risorse, attraverso la creazione di questa rete trasversale di rapporti che evita sovrapposizioni, valorizza le professionalità, ottiene risultati lusinghieri e di eccellenza, aumenta il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate.

Ci risulta che l'ASL di Frosinone, rispetto alle ASL italiane, nell'attività di Promozione di salute, sia una delle più avanzate della Regione Lazio e dell'Italia. Così come si evince dalla ricchezza di questo Bollettino, la ASL di Frosinone costituisce una delle punte avanzate nel Lazio rispetto alle scelte strategiche operate e alla creazione delle reti territoriali per la promozione di salute. Ancora molto resta da fare. Se la rete interna ai servizi territoriali della ASL è completa e ben roduta, risulta essere ancora difficile trovare interlocutori certi nella rete scolastica; i rapporti con le singole scuole sono ottimi e di grande collaborazione, ma, ancora oggi, si fa fatica a dialogare e a individuare un interlocutore che rappresenti la "rete" delle scuole. Mentre è stato possibile per la Regione Lazio arrivare alla definizione di protocolli di intesa con l'Ufficio

Scolastico Regionale, la situazione locale non permette più l'individuazione di interlocutori provinciali. Ringraziamo la disponibilità, la solerzia, la capacità di leggere la situazione attuale della grande maggioranza dei Dirigenti Scolastici della Provincia, ma il processo di autonomia scolastica ha aperto una potenzialità ancora non completamente percorsa.

Da un altro punto di vista, resta ancora da completare la rete e l'integrazione piena con i Servizi Sociali per promuovere la piena integrazione dei servizi socio-sanitari, nel rispetto delle Leggi nazionali e regionali. Ancora adesso, crediamo, questo processo non sia stato completato. L'Azienda ASL di Frosinone ha una dimensione provinciale, il processo di distrettualizzazione dei Comuni non è ancora ben consolidato, per cui la ASL è ben consapevole di dover assumere un ruolo centrale nel processo di costruzione e armonizzazione della rete dei servizi socio-sanitari. E allora, in quest'ottica, l'allargamento dell'orizzonte anche ai servizi territoriali di prevenzione è una risposta obbligata e doverosa, anche per favorire un filtro di qualità per i Poli ospedalieri. L'ORSEA costituisce un esempio di rete integrata dei servizi territoriali che fa da apripista all'integrazione socio-sanitaria.

Questo Bollettino, molto ricco ed interessante, propone altresì alcuni documenti e riflessioni che derivano da risoluzioni europee e studi trasversali internazionali. L'esame della situazione che emerge da questi documenti e studi impone compiti gravosi e difficili, che hanno a che fare con modelli culturali da sostenere, abitudini da cambiare, strutture sociali da riformare. I segnali di disgregazione sociale sono molto pesanti, la crisi della famiglia è evidenziata in tutti gli studi.

Ci sembra importante cogliere la coerenza dell'azione promossa dai Dipartimenti aziendali orientati alla Prevenzione con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e con i documenti di programmazione Europei e Nazionali (Guadagnare Salute).

Lo spirito che anima e sostiene l'azione dell'ORSEA ci sembra sia basato sull'etica della Responsabilità e della Sostenibilità sociale, attraverso la creazione di reti solidaristiche improntate alla socialità, piuttosto che ad un individualismo spinto e senza etica. Una azione di questo tipo ha bisogno di condivisione, di risorse, di rapporti e di cura nelle relazioni.

Questa Direzione intende riaffermare il proprio sostegno all'azione dell'ORSEA e prova orgoglio ed esprime soddisfazione per i risultati raggiunti e per le ambizioni dei programmi futuri. Esprimo, quindi, a nome dell'Azienda e mio personale, un sentito ringraziamento ai professionisti che hanno contribuito, ognuno per le proprie specifiche competenze, a questi risultati. Ringrazio altresì i Dirigenti Scolastici con i quali si sta procedendo alla coprogettazione degli interventi, i docenti che con impegno e fiducia rilanciano l'azione educativa, gli studenti che tanto entusiasmo stanno manifestando attorno alle nostre iniziative.

Buon lavoro a tutti.

Il Direttore Generale ASL Frosinone
Dott. Carlo Mirabella

1. INTRODUZIONE

1.1. Il Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria nell'ORSEA

(Dr. Ettore Cataldi)

Il Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria è un dipartimento che, con l'Area Materno Infantile Territoriale, si occupa di prevenzione e di promozione della salute, nell'accezione più ampia e completa del termine, e rivolge le sue attività al bambino, al ragazzo, alla donna e alla famiglia.

La nostra Area Materno Infantile, da sempre, effettua un'enorme mole di lavoro sul territorio attraverso le 3 Unità Operative Territoriali, denominate "*Consultorio Familiare*", "*Consultorio Pediatrico*" e "*Tutela Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva*" e presenti nei 4 Distretti Sanitari della ASL di Frosinone, rispondendo e adeguando gli interventi alle esigenze della popolazione target.

Tra le attività fondamentali, quella di promozione della salute svolta nelle Scuole rappresenta per le nostre Strutture Territoriali un'attività istituzionale prioritaria.

La promozione della salute, infatti, è finalizzata a prevenire l'insorgenza di eventi patologici e, per essere efficace, deve avvalersi di interventi da attuare a vari livelli con l'integrazione degli attori impegnati, con competenze diverse, sugli stessi problemi, da quello politico a quello culturale, da quello istituzionale a quello educativo, da quello socio-economico a quello sanitario.

Tra gli interventi da attivare con rigorosa sistematicità, devono essere annoverati gli interventi di informazione e formazione, semplici ma incisivi, che riconoscono nella Scuola l'ambito elettivo di attuazione per la promozione della salute diretta all'età evolutiva.

Tali interventi devono contemplare la necessaria collaborazione tra Scuola e Sanità, istituzioni che, nella nostra Provincia, hanno raggiunto negli anni una sempre migliore integrazione, utilizzando tutti i mezzi a disposizione, con il fine di ottenere benefici cambiamenti degli stili di vita, promozione del benessere psicofisico e prevenzione dei fenomeni di emarginazione dei soggetti fragili e a rischio.

Inoltre, per raggiungere questi obiettivi di salute, non si può prescindere dal prevedere la raccolta sistematica e l'analisi dei dati riferiti al territorio che permettono la lettura dei bisogni della popolazione target, necessaria per orientare la politica socio-sanitaria, per individuare ed adeguare la programmazione degli obiettivi alle esigenze del territorio e per pianificare ed attuare gli interventi individuati come prioritari.

In questo senso, le attività delle 3 nostre Unità Operative Territoriale hanno trovato nell'ORSEA una grande opportunità di integrazione per i servizi aziendali e per le relative attività, come risposta ad esigenze crescenti e sempre nuove che vengono dalla popolazione target e dal mondo della Scuola.

E, così come nella sua prima originaria attivazione, l'organismo ORSEA aveva visto l'attiva ed entusiastica partecipazione dei nostri operatori, anche la ripresa di questa modalità operativa ci ha trovato favorevoli e pronti alla collaborazione.

Infatti l'ORSEA, ha funzioni di facilitatore dei rapporti interni e dei processi di integrazione, di raccolta in un programma unico ed uniforme di tutte attività di prevenzione e di promozione dell'agio che i diversi servizi ASL rivolgono alla popolazione target, di interlocutore unico di risposta per il mondo della Scuola.

Ed è per questo che costituisce una cornice idonea a contenere, presentare, rappresentare e promuovere le attività da sempre prioritarie per le nostre Unità Operative Territoriali.

Le finalità dell'ORSEA di informare e formare studenti, docenti e dirigenti scolastici per la promozione della salute, di inserire in un ambito istituzionale unico, uniforme e funzionalmente organizzato attività diverse ma tutte indirizzate alla prevenzione e comunque presenti da anni, di monitorare e verificare l'aderenza delle attività e delle progettualità alle effettive esigenze emergenti dal territorio, coincidono perfettamente con gli obiettivi che il nostro Dipartimento ha fissato per le Unità Operative Territoriali.

Per tutto ciò, ci auguriamo che il percorso attivo ormai da anni di integrazione tra ASL e mondo della Scuola prosegua e continui a crescere, nell'ottica di miglioramento continuo della qualità dei nostri servizi che rivolgono da sempre la loro attenzione alle esigenze di una fascia d'età tanto delicata ma strategica per la salute dell'intera popolazione.

1.2. Il Dipartimento di Prevenzione nell'ORSEA

(Dr. Giancarlo Pizzutelli)

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in 6 strutture complesse (Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizio Veterinario Sanità Animale, Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti e produzioni zootecniche, Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti) e una Struttura Semplice Dipartimentale (Anagrafe Bovina).

L'attività di promozione della salute e della cultura della prevenzione è da tempo al centro dell'interesse delle varie strutture del Dipartimento.

E' ormai un dato acclarato che la sola attività di vigilanza e controllo non può risolvere le problematiche prevenzionistiche di un territorio.

E' invece necessario affiancarle una intensa attività di promozione.

In quest'ottica i Servizi del Dipartimento hanno intrapreso le seguenti iniziative atte a conseguire una maggiore consapevolezza e un maggior coinvolgimento dei cittadini.

- **Settimane della Sicurezza** – manifestazione che si è svolta nel mese di ottobre 2007 – 2008 – 2009 e 2010 in 4 sedi (Anagni, Frosinone, Sora, Cassino) che è stata strutturata in stand con scenari simulati relativi a particolari momenti lavorativi e con esposizione e descrizione dei principali fattori di rischio lavorativo e le relative misure di prevenzione.

Con una complessiva estensione di 1.300 m² circa ha visto la partecipazione annualmente di ben oltre 2000 persone costituite da studenti dell'ultimo anno delle Scuole Medie Superiori, lavoratori e professionisti della sicurezza.

In tali occasioni si è avuta la preziosa collaborazione dell'ISPESL, dell'INAIL, dei Vigili del Fuoco, dei Carabinieri, della Provincia di Frosinone, del Comune di Frosinone, della Cassa Edile, del Comitato Paritetico per la Sicurezza, della Confindustria, dei Sindacati, della Regione Lazio, del Provveditorato agli Studi, di aziende distributrici di dispositivi di protezione. Inoltre negli stessi giorni sono stati organizzati seminari specialistici che hanno completato l'iniziativa. Il risultato in termini di promozione della cultura della prevenzione è stato notevole con alta risonanza mediatica. Il materiale didattico e illustrativo (in buona parte realizzato dal Dipartimento di Prevenzione) distribuito agli intervenuti è valutabile a svariate migliaia di volumi ed opuscoli.

- Programma di sensibilizzazione per la lotta al tabagismo nelle aziende ed istituzione di un Centro Antifumo

Poiché l'OMS definisce il fumo di tabacco *come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea e promuove da anni varie strategie per contrastare il fenomeno del tabagismo ed implementare stili di vita sani. Un'azione coordinata per una Europa senza fumo è una delle priorità politiche della Commissione Europei settori della Sanità, dell'Ambiente del Lavoro e della Ricerca"* è sembrato determinante elaborare un progetto che preveda degli interventi mirati nei luoghi di lavoro dove, al fumo di sigaretta, in genere si associano co-esposizioni ad altri fattori di rischio indoor.

Tale progetto non può prescindere dalla disponibilità di un Centro Antifumo in grado di accogliere e sostenere una richiesta di aiuto nel difficile percorso della disassuefazione dal fumo di sigaretta.

A fronte dell'obiettivo generale individuato, il progetto prevede una serie di obiettivi specifici corredati da diverse modalità applicative, quali:

1° Individuare 4 Aziende sulla quali intervenire, attraverso la presentazione dell'iniziativa progettuale in partnership con Associazioni quali Confindustria, Federlazio ecc... di Frosinone.

2° Sottoscrivere un accordo di collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione e ciascuna delle Aziende contenente l'obiettivo generale del progetto che fa da cornice ad una serie di sottospecificità quali: **a)** nomina di un gruppo di lavoro costituito dal personale ASL e, necessariamente, dal Medico Competente, dal Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza, dal

Responsabile del Servizio di Prevenzione ed altre figure rappresentative dell'Azienda Collaborante e con la nomina nel suo ambito di un Referente con il quale interfacciarsi. **b)** Indagine sulla politica aziendale rispetto al fenomeno del tabagismo: divieto assoluto o parziale, mero rispetto della normativa o promozione di corretti stili di vita

3° Elaborazione e/o acquisizione di strumenti operativi condivisi con la Rete Regionale di Riferimento ed acquisto di apparecchiature indispensabili per la realizzazione del progetto (SPIROMETRO con possibilità di calcolo del volume residuo, OSSIMETRO, CAPNOGRAFO, COMPUTER, PROIETTORE).

4° Studio del campione individuato per la valutazione del grado di diffusione della problematica, del grado di dipendenza dal fumo e del grado della eventuale motivazione a cessare.

5° Realizzazione degli interventi in Azienda con offerta di programmi di disassuefazione al fumo per i lavoratori motivati ed invio al Centro Antifumo Dipartimentale.

Ancora in tema di divulgazione, trasparenza e umanizzazione dell'assistenza va segnalata **l'attivazione del Sistema di Sorveglianza P.A.S.S.I** (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), su base nazionale, destinato a monitorare il livello di qualità e soddisfazione degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale con l'obiettivo di costruire uno strumento utile per migliorare l'impatto e l'efficacia degli interventi di prevenzione messi in campo dal nostro sistema di salute nei confronti delle malattie croniche.

A partire dal mese di gennaio 2009, inoltre, a seguito delle risultanze del progetto "**Salute della popolazione nell'area della Valle del Sacco**" rese note alla commissione Sanità della regione Lazio, il Dipartimento ha avuto l'incarico di coordinare gli interventi resisi necessari.

Le analisi di biomonitoraggio del progetto iniziale, infatti, erano state condotte su un campione di popolazione residente ad un Km dal fiume Sacco, nei comuni di Colleferro, Segni, Gavignano, Anagni, Sgurgola e Morolo, e in altre aree potenzialmente interessate per accertare la contaminazione da beta-HCH e da altre sostanze tossiche e nocive causata dagli insediamenti industriali esistenti nella Valle del Sacco.

I risultati hanno mostrato che circa il 50% delle persone residenti entro 1 km dal fiume presenta livelli nel sangue di questa sostanza superiori ai valori di riferimento dell'area.

Pertanto il Dipartimento, a seguito di tali risultanze ha intrapreso le seguenti iniziative:

- Controllo dei prodotti ortofrutticoli coltivati nelle aree a rischio a cura del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- controlli latte, fieno, silomais e grasso di coniglio nelle aree a rischio a cura del Servizio Veterinario, Area C
- attività di informazione ai Medici di Medicina Generale, a Pediatri di Libera scelta e alla popolazione, con l'istituzione di un apposito numero telefonico verde al quale hanno risposto, a turno, medici specialisti (a cura della Direzione del Dipartimento) in un'ottica di trasparenza, sensibilizzazione e promozione.

Nel complesso, quindi, all'attività tradizionale di vigilanza e controllo è stata affiancata una significativa attività di promozione della salute e della cultura della prevenzione.

1.3. Il Dipartimento Disagio, Devianza, Dipendenze nell'ORSEA

(Dott. Fernando Ferrauti)

Il settimo numero per una qualsiasi pubblicazione è sicuramente poca cosa. Ma come per tutte le cose che paiono scontate sono presenti le eccezioni. Questa del Bollettino ORSEA è sicuramente una eccezione e come tale ha le sue peculiarità e specificità.

Non è tale per impegno istituzionale né per un obbligo normato né, tantomeno, per necessità o valore economico.

Forse nel nostro Paese non siamo più abituati ad operare per altri motivi che non siano quelli sopra espressi, ma in realtà esistono e l'ORSEA è una di queste attività e forme organizzative che vivono solo perché alcune persone, spesso molto poche, ci credono e ritengono che sia giusto e doveroso.

A guardar bene si comprende che forse è sempre stato così: poche persone hanno sempre segnato una traccia che, alle volte, si è trasformata in strada, altre volte non ha avuto seguito e se ne è persa "traccia".

L'importante è crederci ed essere onesti, altro poi, in fondo, non conta.

Dell'ORSEA c'è grande bisogno, oggi non ne potremo fare a meno, la sua assenza lascerebbe un gran vuoto.

Ci siamo abituati e questo è un bene, ma come per tutto bisogna averne cura ed essere aperti al cambiamento.

Una poesia di un ex internato in un campo di concentramento recita:

Oggi è un bel giorno,
è proprio un bel giorno,
il più bel giorno dalla mia liberazione,
è la prima volta che vedo
volare una farfalla e non
mi viene voglia di mangiarla.

Auguri ORSEA per il settimo compleanno, con l'augurio che si continui a riuscire ad evitare di farti mangiare dagli affamati di quel campo di concentramento dove gli autoreclusi rispondono al nome di presuntuosi ipocriti.

1.4. Il Dipartimento di Salute Mentale e l'ORSEA

(Dott. Angelo Torre, Dott. Renato Certosino)

La scuola, dopo la famiglia, rappresenta il luogo naturale dove ogni processo formativo e, di conseguenza, educativo deve prendere corpo e svilupparsi. Ma nella scuola sono emerse, negli ultimi anni, tutte le contraddizioni che hanno accompagnato i tumultuosi cambiamenti che hanno coinvolto la società e l'inevitabile disagio che deriva dal faticoso adeguamento ai ritmi incalzanti di tali cambiamenti si riverbera sulle tre componenti della scuola: studenti, insegnanti, famiglie.

Ai giovani viene chiesto di essere pronti, competitivi; l'eccellenza si misura su parametri nuovi, prima sconosciuti, non più strettamente legati al solo risultato scolastico, ma alla capacità di essere attori del mondo globale che insegue e fagocita.

Capita così che alcune manifestazioni di disagio nei giovani non vengano riconosciute perché i sintomi e segni sono associati a "momenti passeggeri", confusi con quelli delle crisi adolescenziali e giovanili o minimizzati nella speranza che "tutto passi con il tempo". O forse perché non "c'è tempo" per occuparsene. Ma anche il collaudato insegnante "gentiliano" colui che per decenni esauriva le proprie competenze nello spessore della sua formazione culturale in riferimento all'ambito disciplinare di cui era titolare, così che l'atto dell'insegnare era riconducibile alla spiegazione in classe, alla capacità di "tenere la disciplina" e alla correttezza nella valutazione (intesa come verifica dell'avvenuta trasmissione del sapere) ha visto rapidamente modificare la propria funzione. Alla personale dimensione culturale, espressa attraverso una libertà d'insegnamento consapevole, l'insegnante vede affiancare la partecipazione alle scelte culturali delineate dal progetto nazionale e a quelle definite dal progetto dell'unità scolastica in cui si opera.

Si sviluppa la dimensione collegiale della professionalità, ci si interroga su come integrare le decisioni scaturite dai collegi docenti ed il lavoro individuale con le classi; ci si confronta con il protagonismo, spesso difficile da gestire, degli studenti.

Si confronta con la famiglia, non più attestata sulle retrovie ma partecipe e critica. Il burn-out può essere in agguato.

E così la famiglia, quale prima agenzia del processo educativo, si integra nel contratto formativo, condividendo con la scuola responsabilità ed impegni. È, dunque, essenziale che le due istituzioni imparino un linguaggio comune e costruiscano la necessaria alleanza per consentire al progetto formativo dell'adolescente di crescere ed evolversi.

Il percorso è, inevitabilmente, articolato e complesso. Nasconde insidie che, se non affrontate con la necessaria competenza, si traducono in disagio e noi, ora, sappiamo con certezza che anche una situazione di disagio generico richiede particolare attenzione e una valutazione accurata per consentire un intervento adeguato ed efficace prima che il disturbo si accentui o si stabilizzi con una progressiva compromissione del progetto di vita della persona.

Quindi la complessità sociale come genitrice del disagio socioculturale che, combinandosi con il disagio evolutivo, può creare le condizioni che favoriscono l'emergere del disturbo mentale. Vi è, però, un lungo periodo di tempo caratterizzato da una sintomatologia ancora fluida, in cui è possibile intervenire offrendo al giovane e ai suoi famigliari e alle componenti della scuola, attraverso interventi psicoterapici, psicoeducazionali e di supporto al ruolo sociale, l'opportunità di "rafforzarsi", prevenendo così un disagio più grave.

In tali situazioni, la Scuola non può assumere iniziative autonome, dovrebbe potersi rivolgere alle Istituzioni territoriali preposte alla tutela della Salute.

Il DSM, che riconosce come suo compito fondamentale la tutela della salute mentale di ogni cittadino, oltre che la lotta allo stigma, interviene, nel progetto ORSEA, con le sue diverse figure professionali, con il suo ricco patrimonio di competenze, con il suo ampio bagaglio di esperienza, con la molteplicità delle formazioni dei propri operatori, integrando la propria partecipazione con l'essenziale contributo umano e professionale fornito dagli altri Dipartimenti della ASL di Frosinone al fine di assicurare la crescita e il benessere del cittadino di domani.

1.5. Introduzione al bollettino n. 7

(Dott. Lucio Maciocia, Referente Uff. di Coordinamento ORSEA)

Il presente Bollettino evidenzia, a mio avviso, in maniera completa ed efficace il quadro di riferimento dell'attività di promozione della salute attuata dall'ORSEA. Abbiamo voluto offrire una panoramica dell'attività svolta, partendo dall'esame dei grandi obiettivi di promozione di salute delineati dalla Comunità Europea, e prima di questa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per arrivare ai documenti programmatici nazionali, regionale e aziendali. Abbiamo voluto indicare la coerenza che sottende alle scelte operative e dare un corretto e giusto valore alle indicazioni internazionali.

Forse per la prima volta dopo molti decenni abbiamo a disposizione un quadro ed una lettura delle emergenze di prevenzione chiaramente ben delineate, grazie anche a strumenti di rilevazione delle abitudini dei nostri ragazzi attendibili, validati e disponibili. Grazie al sistema di sorveglianza messo in piedi dall'Europa e dall'Italia possiamo finalmente contare su dati scientificamente corretti sullo stato di salute della popolazione e, quindi, programmare le linee operative più adeguate per la promozione di salute. I sistemi di sorveglianza ci offrono un quadro della salute della popolazione locale a volte sconcertante, in alcuni indicatori, che possiamo raccogliere attorno ad un elemento di criticità: il sistema sociale italiano appare essere in grande sofferenza, proprio nei suoi due baluardi più conclamati: la famiglia e la scuola. Il sistema delle relazioni sociali sembra essere compromesso e, da questo punto di vista, la migliore prevenzione possibile sembra essere quella della promozione di una socialità che sia attenta all'altro e alla diversità, basata sulla solidarietà, fondata sul principio dell'etica della responsabilità e della legalità.

Queste considerazioni sono ancora più pregnanti quando il focus viene concentrato, come nel nostro caso, sulla scuola, una delle principali agenzie educative e formative del paese, specchio di una diffusa percezione di difficoltà e di mancate risorse, in cui, paradossalmente, la principale risorsa disponibile, la molteplicità delle relazioni tra i vari componenti della scuola, sembra essere sotto scacco. La nostra lettura ci porta a contestualizzare il diffuso disagio presente tra gli alunni delle scuole e a leggerlo come un pallido riflesso delle difficoltà del mondo degli adulti. Per la prima volta si dice che le aspettative di realizzazione dei nostri figli sono minori rispetto a quelle che noi, generazione di adulti, avevamo rispetto ai nostri padri. La carenza di idealità sembra aver cancellato una naturale spinta "evoluzionistica", trasformativa, segnale di cambiamenti sociali impegnativi. Sembra che si torni indietro ed è per questo che, forse, a maggior diritto, abbiamo la necessità di migliorare la qualità dei rapporti relazionali e di accedere ad una diversa percezione delle responsabilità individuali a favore di una etica delle responsabilità. Forse saremo materialmente meno ricchi, ma abbiamo il dovere di perseguire una ricchezza relazionale, di tornare all'essenzialità della condizione umana.

Questo Bollettino è sicuramente il più ricco mai pubblicato dall'ORSEA e offre uno spaccato sia dei riferimenti internazionali ed europei così come la ricchezza delle attività effettuate ed il programma delle azioni future. Ci è sembrato questa essere la migliore risposta di fronte alla progressiva "povertà" di mezzi, risorse e persone che contraddistingue sia il mondo della scuola che quello della sanità. Se le risorse diminuiscono, quelle che rimangono vanno utilizzate al meglio, non si può sperare che un numero inferiore di professionisti svolga la medesima mole di lavoro svolto in precedenza, bisogna riconsiderare le metodologie, gli strumenti e le strategie. Se le nostre migliori risorse sono rappresentate dall'enorme carico di professionalità e capacità dei singoli professionisti, dobbiamo valorizzare queste individualità attraverso lo sviluppo delle relazioni tra singoli e servizi, tra servizi e servizi, tra ASL e scuola. La creazione di una rete territoriale per la promozione di salute assume un diverso valore allorché si effettua tramite un linguaggio comune, obiettivi condivisi, esplicitazione delle risorse, valorizzazione delle competenze individuali. Vanno evitati gli sprechi ed i doppioni, vanno riviste le metodologie, vanno costruiti "canovacci" disponibili a tutti, in una ottica di responsabilizzazione.

Le cifre, nude e crude, che presentiamo nei capitoli 8, 9 e 10 ci sembrano essere la testimonianza più attendibile del nostro sforzo. Non abbiamo termini di paragone ma, potete fidarvi di questo, abbiamo incrementato notevolmente il numero di soggetti coinvolti in progetti di promozione di salute e, in alcuni casi, questi numeri sono accompagnati da metodologie operative e progetti che garantiscono altresì l'effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Per il raggiungimento di questi obiettivi abbiamo costruito percorsi formativi trasversali ai vari servizi, una architettura del sistema ORSEA coerente e partecipativa, strumenti di lavoro condivisi, ecc. Abbiamo anche avuto la fortuna di approfittare di progetti validati a livello europeo (UNPLUGGED) e utilizzato al meglio gli strumenti costruiti per la sorveglianza dello stato di salute della popolazione (Okkio alla salute e HBSC). Soprattutto, ci sembra, abbiamo saputo costruire un valido e rappresentativo sistema di relazioni con le singole scuole del territorio, in un continuo rapporto di scambio esperienziale, incontri, confronti e, a volte, anche scontri.

Desidero ringraziare tutti i professionisti della ASL di Frosinone che hanno offerto il meglio della loro competenza per il raggiungimento degli obiettivi comuni, i docenti e i dirigenti Scolastici che ci stanno ripagando con la loro fiducia e partecipazione e quel piccolo gruppo di persone che maggiormente sta curando con me le fila di questo intricato labirinto di relazioni: Simonetta Ferrante, Cristina Cuppini, Gabriella Calenda, Nicola Mastrocola, Anna Rita Pica, Rosa Ferri, Dina Paniccia e Maria Grazia Pappalardo, Daniela Pezzella (più o meno cito una persona per ciascuno dei servizi implicati nell'ORSEA) e tanti altri che sentitamente ringrazio. Dall'altro versante desidero ringraziare alcuni dei dirigenti Scolastici che hanno condiviso sin dal primo momento scelte e passioni: Adriana Anelli, Cleandra De Camillo, Matteo Affinito, Maurizio Fanfarillo. In Ultimo ma non ultime le due persone che hanno condiviso con me l'angoscia delle scadenze e gli oneri dell'organizzazione: Rossana Parravano e Maria Lucia Martini.

2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO NAZIONALE PER LE POLITICHE DI PROMOZIONE DI SALUTE

2.1. Le Politiche attive di prevenzione: Il programma “Guadagnare Salute” (Sintesi dalla Pubblicazione Ufficiale del Ministero della Salute)

Il programma “Guadagnare Salute” nasce dall’esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere campagne informative che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l’insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica. Molti nemici della salute si possono prevenire non fumando, mangiando in modo sano ed equilibrato, non abusando dell’alcol e ricordando che l’organismo richiede movimento fisico.

Una politica efficace per la promozione di stili di vita salutari non deve, dunque, accontentarsi di contemplare i successi conseguiti ma deve studiare le cause degli insuccessi, mettere a punto nuove strategie e moltiplicare gli sforzi per invertire alcuni andamenti. I fattori di rischio sono prevedibili ed esistono politiche e interventi efficaci che possono agire globalmente su di essi e sulle condizioni socio-ambientali per ridurre considerevolmente il peso di morti premature, malattie e disabilità che grava sulla società.

Il governo nazionale e quelli locali non possono condizionare direttamente le scelte individuali, ma sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive attraverso:

- informazione, che può aumentare la consapevolezza
- azioni regolatorie, incluse in strategie intersettoriali per modificare l’ambiente di vita
- allocazione di risorse specifiche per sostegno di azioni esemplari mirate ad accelerare, a livello locale, l’inizio di un cambiamento nell’ambiente di vita.

I comportamenti nocivi creano malattie che pesano sui sistemi sanitario e sociale, ma le loro cause sono al di fuori di questi ultimi. Per contrastarli sono necessarie, ad esempio, politiche:

- per favorire la mobilità e l’attività fisica delle persone (trasporti e verde urbano)
- per sostenere il consumo di frutta e verdura
- per ridurre la concentrazione di sale, zuccheri e grassi negli alimenti
- per ridurre la quota di alimenti altamente calorici nella dieta
- per scoraggiare il più possibile il fumo di sigarette
- per ridurre l’abuso di alcol.

Queste politiche, per essere attuate, richiedono l’intervento di diversi Ministeri, del Sistema Sanitario, nonché accordi con produttori e distributori ed altri soggetti coinvolti. Il Sistema Sanitario da solo può aumentare l’attenzione sulla diagnosi precoce e sul trattamento dell’ipertensione arteriosa e dell’ipercolesterolemia, aiutare i fumatori a smettere, trattare gli obesi e promuovere politiche per la salute, mettendo al centro dei diversi interventi le strutture più vicine all’utenza, quali i consultori, i distretti socio-sanitari e i medici di medicina generale che, in particolare, hanno un ruolo decisivo. Inoltre, il Ministero della Salute e il Sistema Sanitario possono svolgere il ruolo di “avvocati della salute dei cittadini”, mettendo in evidenza le ricadute delle politiche dei governi sulla stessa

L’impegno nazionale ed internazionale

Il Ministero della Salute e le Regioni sono già impegnate nell’azione di contrasto alle malattie croniche attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione, previsto dall’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Il Ministero della Salute ha collaborato con la Regione Europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche, valida per

l'Europa, dall'Atlantico agli Urali, denominata Guadagnare Salute - e approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa - ed ha cooperato alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità, che è stata approvata il 15 novembre 2006 ad Istanbul nel corso della Conferenza Ministeriale Intergovernativa, durante la quale i Ministri della Salute hanno sottoscritto per i propri governi una dichiarazione di appoggio alle misure nazionali ed internazionali di contrasto all'obesità.

Lo sviluppo di capacità d'azione

I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) – in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese – sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

È, pertanto, un imperativo assoluto, sia sul piano etico sia su quello economico, programmare un intervento di salute pubblica che affronti in maniera globale questi fattori di rischio, consentendo al paese di guadagnare salute, e che garantisca la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Tale programma consentirà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio, con un approccio non solo agli aspetti sanitari ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati). Contemplerà, inoltre, la definizione di reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione, regolatori, di comunità e sugli individui.

All'interno del piano dovranno coordinarsi le iniziative già avviate come il contrasto al fumo e all'abuso di alcol, sulla base di strategie definite con le Regioni; un impegno prioritario dovrà riguardare l'implementazione di strategie per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di contrastare l'avanzata dell'epidemia di sovrappeso/obesità che sta raggiungendo proporzioni drammatiche.

Ogni intervento di educazione e promozione della salute dovrà tener conto della conoscenza delle disuguaglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio. Le campagne di intervento dovranno tenere conto di un punto di vista multiculturale, particolarmente con azioni rivolte alle donne in generale, anche per la loro importanza nelle "cure allevanti" e alla relazione che queste hanno con i problemi di alimentazione, pur senza ulteriormente "appesantire" i loro compiti di cura.

Articolazione del programma

Che cos'è:

- il programma "*Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari*" è un intervento "multicomponenti", con attività di comunicazione e azioni per ridurre l'iniziazione al fumo, per aumentare il consumo di frutta e verdura, per ridurre l'abuso di alcol, ridurre il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, facilitare lo svolgimento dell'attività fisica.
- il programma "*Guadagnare Salute*" è un potente investimento per ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, per consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio che li affliggerebbero per lunghi anni.

Cosa privilegia:

- il programma "*Guadagnare Salute*" privilegia la comunicazione per la salute.

La comunicazione rappresenta una componente integrata degli interventi di prevenzione di Guadagnare Salute ed è uno strumento importante di informazione e conoscenza per le persone.

“Guadagnare Salute” può essere la giusta risposta per creare, attraverso la prevenzione, condizioni più favorevoli alle scelte per la salute, facendo leva sull’informazione, sulla comunicazione e, in particolare, su specifiche iniziative che inducano a scelte di vita salutari.

La sinergia tra più *Ministeri* può dare maggiore credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare un’informazione univoca e completa e favorire la conoscenza e la sinergia dei progetti di diversi *Ministeri* ed *Enti interessati*, realizzando al contempo una sorta di “piattaforma nazionale della salute”.

Attraverso la comunicazione concetti e messaggi semplici (come il messaggio “5 al giorno”: almeno cinque frutti o porzioni di vegetali ogni giorno) possono informare correttamente.

La comunicazione può avvenire anche attraverso la tabella nutrizionale degli alimenti: occorrerà agire sia sulle aziende, perché rendano più leggibili e comprensibili le etichette, sia sui consumatori, perché siano sensibilizzati a utilizzare questa informazione.

Come si sviluppa:

“Guadagnare Salute” sviluppa tre tipi di comunicazione istituzionale:

1. I piani di comunicazione specifici per ogni intervento;
2. Una campagna informativa che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e impegna i governi a rendere possibili le scelte di salute;
3. Un programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola.

Come si articola:

“Guadagnare Salute” si articola in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici basilari:

- comportamenti alimentari salutari
- lotta al tabagismo
- lotta all’abuso di alcol
- promuovere l’attività fisica.

Programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola

Una forma di comunicazione specifica dovrà essere effettuata a scuola attraverso iniziative studiate per il target giovanile, con l’obiettivo non solo di fornire informazioni scientificamente corrette, ma soprattutto di identificare strategie per resistere, ad esempio, alle pressioni sociali a fumare, bere alcolici e bevande zuccherine, consumare cibi e bevande altamente calorici, nonché ai contraddittori messaggi mediatici che suggeriscono, soprattutto alle giovani donne, un modello di bellezza e amabilità ispirato all’icona della magrezza eccessiva. Gran parte dei messaggi pubblicitari rivolti ai bambini, ad esempio, riguardano comportamenti alimentari. Esiste ancora una pressione amicale e dei media a fumare, così come a conformarsi agli idoli della moda e dello spettacolo, che spesso veicolano errati modelli da emulare. I nostri ragazzi devono essere messi in grado di riconoscere queste pressioni e di individuare strategie per non aderire a comportamenti nocivi e che portano alla dipendenza.

Il canale scolastico è idoneo, inoltre, a raggiungere anche i genitori e a coinvolgerli nelle iniziative di prevenzione che li riguardano (ad. es.: il fumo dei genitori è un potente fattore di rischio per il fumo dei figli).

L’alleanza con il mondo della scuola

Per fornire ai bambini ed ai ragazzi le competenze necessarie ad una crescita libera, ma anche le opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari è necessaria una vera e propria alleanza con il mondo della scuola.

È, dunque, quanto mai opportuno promuovere una fattiva cooperazione interistituzionale, in particolare tra mondo della scuola e mondo della salute, al fine di promuovere comportamenti sani nelle persone in formazione, in fasi della vita in cui si acquisiscono e si radicano abitudini che andranno poi a costituire i principali fattori di rischio delle malattie croniche.

Questa cooperazione può riguardare sia l'area della sorveglianza sia quella degli interventi di promozione della salute. In questo ambito, in particolare, attraverso un accordo tra Ministero dell'Istruzione, Ministero della Salute e Regioni, si può puntare a sviluppare e diffondere nella scuola, nell'ambito del percorso curricolare, interventi di educazione alla salute, privilegiando interventi già sperimentati e di provata efficacia. Si potranno valorizzare le metodologie di "peer education", finalizzate a promuovere la partecipazione attiva degli studenti e la capacità di sviluppare abilità per resistere alla pressione sociale rappresentata dal gruppo dei pari, dai modelli familiari, dalla pubblicità e dalla offerta sociale.

Le iniziative di comunicazione promosse dai vari Ministeri coinvolti potranno trovare valorizzazione nell'ambito del progetto "giornata del benessere dello studente", promosso di concerto dai Ministeri della Salute, dell'Istruzione, dell'Ambiente e delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali.

Adeguate iniziative di formazione dei docenti e di coinvolgimento dei nuclei familiari dovrebbero accompagnare tale percorso educativo, iniziando con l'aiuto per smettere di fumare.

Le iniziative di educazione alla salute dovrebbero essere affiancate da un sistema di sorveglianza sugli stili di vita, finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute dei bambini e degli adolescenti scolarizzati, strumento del Sistema Sanitario e del mondo della scuola, condiviso con le Regioni e con il Ministero dell'Istruzione.

Anche nell'attuazione e nell'implementazione di politiche volte al miglioramento dell'attività sportiva, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del piano, la scuola rappresenta un luogo formativo in cui diviene estremamente necessario intervenire, soprattutto mediante interventi volti ad agevolare la pratica sportiva negli istituti superiori, ma anche attraverso un miglioramento delle opportunità di fare educazione motoria durante l'orario scolastico nelle scuole primarie, nonché mediante specifiche attività finalizzate ad una maggiore diffusione della cultura sportiva. Questo contribuirebbe anche al raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica quotidiana, elemento fondamentale del benessere fisico.

Strategie e ipotesi di intervento

I progetti specifici che sviluppano il programma governativo, finalizzato a indurre alcuni cambiamenti di opinioni e di comportamenti, attraverso una idonea campagna informativa, sono quattro:

- A Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)*
- B Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica)*
- C Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo (lotta al fumo)*
- D Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso d'alcol)*

Ogni programma è intersettoriale poiché vede coinvolto il mondo attivo di:

Ministero della Salute
Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali - INRAN
Ministero della Famiglia
Ministero Pubblica Istruzione
Ministero Economia e Finanze
Ministero Interno
Ministero dei Trasporti
Ministero Sviluppo Economico

Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive
Ministero Università e Ricerca
Governo
Produttori e Gestori dei pubblici servizi
Regioni
ASL
Enti locali
Responsabili personale settore privato e pubblico

Ogni soggetto è attore partecipe poiché contribuisce alla realizzazione di “guadagnare salute” mettendo in atto soluzioni specifiche e/o settoriali condivise. In tal modo si supera la frammentarietà degli interventi, la dispersione di risorse umane ed economiche, e si dà continuità alle azioni informative e formative promosse dalle varie forze cointeressate. Ogni programma nella sua specificità deve rappresentare il punto di riferimento, il collante delle varie iniziative promosse in merito.

Gli obiettivi sui quali si basa ogni singolo programma devono rappresentare la base di riferimento comune nell’articolazione dei vari progetti elaborati dalle varie forze e nello stesso tempo il punto di arrivo a cui tendere, anche ai fini di una valutazione possibile dei risultati ottenuti.

Ogni programma si articola nel seguente modo:

1 *Premessa* - Definisce attentamente le linee generali dopo una accurata disamina della situazione problematica

2 *Obiettivi* - Definizione degli obiettivi salute in senso ampio e non solo sanitario utilizzando un linguaggio positivo, non basato sulle negatività o sulla divietologia

3 *Campagna informativa specifica* - Indica le varie azioni da intraprendere (a carattere regolatorio o di altro tipo) accompagnate dalla diffusione di messaggi appositi rivolti alla popolazione bersaglio dell’intervento. Nel contesto di ciascun programma la campagna informativa deve specificare:

- l’ipotesi di fattibilità
- il target
- i linguaggi utilizzati
- gli strumenti
- gli indicatori oggettivi di valutazione

4 *Progetto scuola* - Ogni specifico programma, come sopra indicato, deve prevedere un programma di coinvolgimento della scuola e di comunicazione specifica attraverso iniziative studiate per il target giovanile, con l’obiettivo non solo di fornire informazioni scientificamente corrette, ma soprattutto di identificare strategie per resistere alle varie pressioni sociali.

5 *Progetti di settore* - I progetti riguardano le varie istituzioni e i vari enti che costruiscono alleanze con il Ministero della Salute affinché si realizzino efficacemente le finalità con una visione globale e sistemica, non solo sanitaria ma economica sociale, agricola, ambientale, culturale, per citarne alcune.

6 *Coinvolgimenti intersettoriali*

A - Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre

Esempi di progettualità inserite nel Piano che coinvolgono direttamente il mondo della scuola e della Sanità Pubblica:

1. Promuovere comportamenti salutari attraverso il sostegno alla dieta tradizionale, la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare;

Consolidare una cultura alimentare fondata sui principi del vivere sano, del rispetto ambientale, della qualità, della scoperta della propria identità individuale e collettiva	- Nelle scuole e negli asili la fornitura di cibi dovrebbe essere adeguata sulla base di linee guida per la ristorazione scolastica, con spuntini a base di frutta e vegetali e acqua naturale, latte, yogurt e cereali ampliando l'opportunità di scelta. Il monitoraggio degli scarti dovrebbe essere effettuato sistematicamente per comprendere quali sono i piatti meno graditi e poter fornire alle ASL utili indicazioni per la composizione dei menù e attivare interventi atti ad invogliare i bambini a consumare tutti gli alimenti programmati (progetti di educazione alimentare)
Favorire il consumo di cibi salubri nella ristorazione collettiva (scuole, ospedali, mense aziendali)	- Nella ristorazione collettiva il settore privato dovrebbe essere incoraggiato ad offrire scelte alimentari compatibili con le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Dovrebbe essere favorita una corretta politica di "educazione alimentare" del consumatore, affinché esso sia in grado, al di là del richiamo di offerte "accattivanti", di operare scelte responsabili e consapevoli. - Per favorire scelte alimentari corrette dovrebbe essere incoraggiata l'aggiudicazione delle gare d'appalto secondo il sistema dell'offerta economica più vantaggiosa, allo scopo di premiare gli elementi qualitativi e non solo o prevalentemente il fattore prezzo
Educare al consumo consapevole	- Dovrebbe essere ulteriormente promossa la corretta informazione al consumatore sulla importanza delle varietà della dieta tradizionale che deve essere ricca di vegetali, anche di agricoltura biologica) e che può contenere altri alimenti del nostro patrimonio agroalimentare, da consumare in maniera consapevole.

B - Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica

Esempi di progettualità inserite nel Piano che coinvolgono direttamente il mondo della scuola e della Sanità Pubblica:

FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA NEI BAMBINI E NEI GIOVANI

• Scuole ed asili dovrebbero fornire a bambini ed adolescenti maggiori e migliori opportunità di fare attività motoria, contribuendo, con un'offerta differenziata per età, ai livelli raccomandati di attività fisica quotidiana. Occorre, pertanto, investire nell'attività motoria durante l'orario scolastico nelle scuole primarie, nonché agevolare migliori condizioni per lo svolgimento dell'attività fisica negli istituti secondari, contribuendo così ad una maggiore diffusione di una nuova cultura dello sport e del movimento tra i più giovani.

C - Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo

STRATEGIE E IPOTESI DI INTERVENTO:

1) PROTEGGERE DAL FUMO PASSIVO

- Sostenere le norme a tutela dal fumo passivo (legge 3/2003) migliorandone l'applicazione e sviluppando, in particolare nei luoghi di lavoro, interventi informativi e di aiuto ai fumatori nell'ottica della prevenzione attiva (modalità organizzative sul luogo di lavoro, offerta di interventi di disassuefazione).
- Riconoscere il fumo passivo come fattore di rischio per la salute dei lavoratori nella normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro
- Sviluppare programmi delle Aziende Sanitarie per la promozione della cultura della tutela dal fumo passivo negli ambienti sanitari, promuovendo l'adesione alla rete europea degli ospedali senza fumo.
- Promuovere programmi educativi contro l'inquinamento indoor per abitazioni libere dal fumo e la tutela dei soggetti più vulnerabili (bambini, anziani, malati).
- Promuovere il divieto di fumo a livello di Ospedali, Esercizi Pubblici, Luoghi di lavoro.
- Vigilare sull'osservanza del divieto, in ottica di promozione attiva della salute.

2) PREVENIRE L'INIZIAZIONE AL FUMO DEI GIOVANI

- Promuovere Campagne educazionali rivolte alla popolazione generale, mirate per età, per genere e contesti (es. famiglia, luoghi di lavoro, strutture sanitarie, ecc.) circa i danni del fumo e i benefici della cessazione con la partecipazione attiva, nel ruolo di educatori di adulti significativi: medici generali e specialisti, infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, farmacisti, operatori sociali, insegnanti, genitori ed altri.
- Attivare e sviluppare programmi educativi nelle scuole validati sul piano dell'efficacia in base alle esperienze già presenti nel nostro Paese.
- Definire misure di tipo economico e commerciale (politiche fiscali e dei prezzi, lotta al contrabbando, regolamentazione di prodotto, informazione ai consumatori, vendita ai minori, revoca di autorizzazioni alla vendita in luoghi quali strutture sanitarie, strutture aperte ai minori e limitazioni ai distributori automatici)
- Sensibilizzare gli addetti alla vendita dei prodotti del tabacco, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di vendita ai minori di 16 anni.
- Garantire la formazione universitaria attraverso l'inserimento nei corsi di studio per medici e altro personale sanitario di un insegnamento specifico sul tabagismo.
- Monitorare l'applicazione del divieto di pubblicità diretta e indiretta e la regolamentazione delle sponsorizzazioni da parte dell'industria del tabacco in occasione di eventi pubblici (sport, musica, spettacolo).
- Valorizzare l'esempio dato dagli adulti in famiglia e dalle Istituzioni attraverso la sensibilizzazione degli insegnanti e degli operatori sanitari al rispetto del divieto di fumo.
- Promuovere la riduzione del numero di "azioni fumo" nei lavori televisivi (sceneggiati, film TV) trasmessi dalle reti nazionali.

D - Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol

STRATEGIE E IPOTESI DI INTERVENTO:

- 1) RIDURRE LA DISPONIBILITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO E LUNGO LE PRINCIPALI ARTERIE STRADALI
- 2) FAVORIRE IL CONTENIMENTO DELLA QUANTITÀ DI ALCOL NELLE BEVANDE ALCOLICHE
- 3) INFORMARE CORRETTAMENTE I CONSUMATORI

- Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul "saper bere" diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza tra consumo responsabile del vino e la salute. Infatti, il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea;

4) PROTEGGERE I MINORI DAL DANNO ALCOLCORRELATO

- Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il binge drinking e le ubriacature:

- a. campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori, focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche;

- b. interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere;

2.2. Lo Strumento operativo di "guadagnare Salute" in Italia: il Ccm

Che cos'è il Ccm

Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm) è un organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.

In questi anni il Ccm ha costruito un profilo identitario che lo colloca come un organismo unico nel panorama della sanità pubblica italiana, caratterizzato da:

- una missione esplicita: più prevenzione nel Paese e nella pratica del Ssn attraverso strategie ed interventi la cui efficacia è dimostrata da solidi dati scientifici
- una modalità di lavoro per progetti, con obiettivi, procedure, responsabilità, risorse e tempi di realizzazione definiti
- la sistematica promozione del confronto all'interno dei suoi organi collegiali consultivi, e la cooperazione con i tavoli tecnici delle Regioni
- un'appropriata collocazione nel panorama della sanità pubblica, che consente di connettere l'attività per progetti a quella istituzionale, collegando l'azione del sistema sanitario ai grandi network internazionali.

Il Ccm opera ponendo attenzione alla coesione e all'equità, perché siano assicurate, in tutte le Regioni italiane, per tutti i cittadini, in ogni strato sociale, uguali possibilità di accesso agli interventi di prevenzione. Il Ccm opera creando ponti tra il mondo della ricerca e le strutture sanitarie e tra le esperienze migliori e le realtà ancora in crescita, attivando partnership istituzionali e collaborazioni professionali: costruisce così la rete della prevenzione in Italia. In questo modo, il Ccm si propone come un nuovo soggetto della sanità pubblica, adeguato al processo di regionalizzazione innescato dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

Il Ccm ha l'obiettivo di ottimizzare i piani e le azioni prioritarie per la sanità pubblica del Paese, integrandosi con le attività già presenti. Dal 2004, anno della sua istituzione, sono stati stipulati oltre 200 accordi, relativi a sette aree di attività (sorveglianza, prevenzione e controllo; sostegno al Piano nazionale di prevenzione; sostegno al programma "Guadagnare salute"; emergenze;

comunicazione e documentazione; socio-assistenziale; ambiente) che hanno coinvolto tutte le Regioni e buona parte delle istituzioni della sanità pubblica. A questi si aggiungono altri 66 accordi afferenti al programma Ccm 2008

Ad oggi, quasi tutte le aziende sanitarie territoriali italiane partecipano a qualche attività del Ccm, così come oltre 500 dei circa 770 ospedali. Si tratta di un percorso che vede l'adesione di diverse migliaia di operatori sanitari, mentre almeno 5000 medici di medicina generale hanno usufruito di momenti di formazione dedicati. Anche molte centinaia di medici specialisti contribuiscono alle attività del Ccm, sia con la partecipazione ai numerosi gruppi di lavoro nazionali, sia nel sostegno delle attività regionali.

Sostegno al Piano nazionale della prevenzione

Molti progetti del Ccm hanno l'obiettivo di **supportare l'azione di Regioni e PA** nell'implementazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di prevenzione, fornendo ausilio alle attività di programmazione e di formazione degli operatori sanitari coinvolti.

Tra i primi progetti avviati dal Ccm a sostegno del Pnp, figura un complesso accordo con il Cnesps, che coordina le attività di diversi organismi nell'area della **prevenzione cardiovascolare**. Inoltre, il Ccm ha avviato una collaborazione con l'Iss-Cnesps, che coordina le attività di formazione e assistenza alle Regioni nella progettazione di interventi di prevenzione delle complicanze del diabete attraverso il modello del *disease management*.

A supporto della progettazione nell'area degli interventi di **sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici e stradali** previsti dal Pnp, il Ccm ha programmato una serie di **attività di formazione** per referenti regionali, tra cui la realizzazione di un sistema di sorveglianza informatizzato, basato sui Ps, interventi strutturati di prevenzione rivolti a genitori, anziani, scuole guida, ecc, sistemi regionali di georeferenziazione, un'indagine nazionale multicentrica, basata sui Ps, un piano di aggiornamento per tecnici della prevenzione, coinvolti nella sicurezza delle strutture e degli impianti.

Ancora, per venire incontro all'aumentato carico di lavoro di Regioni e Province autonome nell'implementazione delle attività di sorveglianza e promozione della salute, previste dal Pnp e dai progetti Ccm, è stato previsto il **rinforzo delle risorse organizzative e professionali** coinvolte nell'implementazione delle attività coordinate o finanziate dal Ccm. Queste attività, definite funzioni di interfaccia tra le Regioni e PA e il Ccm, sono finanziate seguendo una logica di progettazione che individua obiettivi organizzativi, tempi, indicatori, requisiti e risultati comuni, allo scopo di monitorarne il processo di costruzione e consentire una valutazione dei risultati organizzativi raggiunti.

Il sostegno del Ccm si ispira a un criterio di flessibilità e adotta una logica di consolidamento e sviluppo che tiene conto del differente livello organizzativo delle realtà regionali. Mira in alcuni casi a consolidare funzioni in strutture già solide, in altri invece a favorire lo sviluppo a partire da situazioni di particolare debolezza, rappresentate dalla scarsità di risorse umane, precarietà organizzativa, scarso collegamento con le realtà territoriali, ecc.

Guarda i progetti attivi nell'ambito dell'area a sostegno del Piano nazionale della prevenzione:

- attività fisica e corretta alimentazione
- cuore
- diabete

- ictus
- incidenti
- screening oncologici
- sostegno alle Regioni.

Sostegno a Guadagnare salute

Un importante traguardo nella storia recente della sanità pubblica italiana è stato raggiunto con il [programma "Guadagnare salute"](#), approvato dal Governo con il Dpcm del 4 maggio 2007, in accordo con le Regioni e le Province Autonome.



**guadagnare
salute**

rendere facili le scelte salutari

“Guadagnare salute” indica strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, e interventi specifici per la lotta al tabagismo e all’abuso di alcol e per la promozione dell’attività fisica e di una sana alimentazione, attraverso la stretta cooperazione di tutte le istituzioni e le organizzazioni della società interessate.

I progetti a sostegno di Guadagnare salute

Nell’ottica dell’intersettorialità di Guadagnare salute, il Ccm promuove alcuni progetti che sono “**trasversali**” alla 4 aree tematiche del programma:

- [Programma di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di "Guadagnare salute" \(PInC\)](#), a cura dell'Iss-Cnesps
- [Esperienze intersettoriali delle comunità locali per "Guadagnare salute"](#), realizzato dal Formez
- [Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni](#), a cura dell'Iss. La prima delle due fasi del progetto è denominata [OKkio alla Salute](#)
- [Guadagnare salute negli adolescenti](#), a cura della Regione Piemonte.

Il Ccm promuove, inoltre, una serie di **progetti specifici** per ciascuna delle 4 aree di intervento previste:

- [promozione di un'alimentazione sana](#)
- [lotta al fumo](#)
- [lotta all'abuso di alcol](#)
- [promozione di attività fisica.](#)

2.3. Progetti attivati dal Ccm e affidati alle Regioni nei quali è presente la Regione Lazio e svolge parte attiva la ASL di Frosinone

2.3.1. Utilizzo della strategia di prevenzione di comunità nel settore delle sostanze d'abuso

Anno: 2007, data prevista di chiusura: ottobre 2010

Nell'ambito della prevenzione delle tossicodipendenze, il Ccm ha affidato alla Regione Toscana il coordinamento delle Regioni per l'attuazione di interventi di prevenzione primaria dell'uso di sostanze.

Gli obiettivi specifici del progetto coordinato dalla Regione Toscana sono tre:

1. monitoraggio delle reti territoriali (affidato alla Società della salute di Pisa)
2. *life skill e peer education* (affidato all'Azienda Usl 9 di Grosseto)
3. informazione, comunicazione e prevenzione sul web (affidato alla [Società della Salute di Firenze](#)).

Alla realizzazione di questi obiettivi partecipano 9 Regioni italiane, tra cui il Lazio; il rappresentante per la Regione Lazio è il dott. Lucio Maciocia, della ASL di Frosinone.

OBIETTIVI GENERALI

1. Mettere a punto una strategia di prevenzione nel settore delle sostanze d'abuso basata su l'integrazione di soggetti istituzionali e non e la creazione di una rete locale, secondo il modello dei "Programmi di Comunità"; attraverso l'attivazione di esperienze pilota, in atto nella Regione Toscana e nelle regioni aderenti, riproporne i modelli come proposta stabile di sistema migliorando così l'offerta sul territorio di interventi strutturati e continuativi;

2. Ottenere un approccio alle problematiche dell'uso/abuso che consenta ai destinatari dell'intervento - giovani che non hanno ancora sperimentato l'uso di sostanze o sono consumatori occasionali - di ottenere informazioni corrette, di aumentare la percezione del rischio ma, soprattutto, di riflettere sulle motivazioni, di carattere psicologico e relazionale, che spingono verso l'uso problematico di sostanze (legali ed illegali) aiutandoli a compiere scelte comportamentali consapevoli e responsabili;

3. Promuovere sinergie, confronto e scambio di know-how regionale ed interregionale

Per la realizzazione degli obiettivi generali si ritiene opportuno organizzare il lavoro per aree di ricerca, coordinata ciascuna da un gruppo di lavoro composto da alcuni componenti dell'equipe di progetto e da esperti indicati dalle Regioni partecipanti.

AREA DI RICERCA 1 –

OBIETTIVO SPECIFICO 1.1 :

**Individuazione delle risorse (enti locali, servizi sanitari, servizi sociali, istituzioni scolastiche, servizi educativi, agenzie del divertimento, dello sport, della cultura, della musica) nei territori delle Regioni partecipanti in tema di prevenzione del disagio giovanile. Rilevazione e valutazione degli interventi di prevenzione primaria attivi nelle Regioni partecipanti
Prima condivisione di buone pratiche di intervento.**

Risultato atteso :

Costruzione della mappa di tutti i soggetti attivi nei territori di ogni regione partecipante; Rilevazione del sistema di rete attivato e delle connessioni e integrazioni tra i singoli soggetti e interventi; produzione di una mappa delle interazioni attivate e di quelle ancora da attivare;

Definizione e condivisione di alcuni criteri di base per la condivisione di buone pratiche e la costruzione di un modello.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.2:

Costituzione di una rete informale di soggetti che attraverso un focus group permanente per la lettura dei cambiamenti della cultura e delle tendenze giovanili si caratterizzi come gruppo di intervento permanente e sperimentale nei luoghi di aggregazione giovanile

Risultato atteso:

Condivisione di una lettura complessa e multidisciplinare sui cambiamenti della cultura e delle tendenze giovanili;

analisi e condivisione degli approcci e degli strumenti di intervento; definizione di bisogni formativi del gruppo; definizione priorità; elaborazione prime linee guida per lo sviluppo del focus group.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.3:

Definizione di un iter formativo specifico e realizzazione di un corso di formazione su aspetti generali e specifici delle attività di prevenzione del disagio giovanile con particolare riferimento al rapporto tra comportamenti giovanili e cultura dell'eccesso.

Risultato atteso:

Condivisione di presupposti e orientamenti; condivisione dei linguaggi, metodologie e approcci; condivisione degli strumenti di progettazione e di valutazione degli interventi in un'ottica di comunità.

AREA DI RICERCA 2 –

OBIETTIVO SPECIFICO 2.1:

Informazioni scientificamente corrette sulle sostanze d'abuso e sui rischi correlati all'uso e abuso delle stesse sostanze

Risultato atteso:

Realizzazione di una campagna informativa multimediale con la partecipazione dei giovani e della comunità locale

OBIETTIVO SPECIFICO 2.2:

Attivazione di una community in internet

Risultato atteso

Aumento delle frequenze nel tempo di mail, interventi e richieste agli esperti da parte dei giovani sul sito; scambio tra pari tramite il forum presente sul sito di esperienze e informazioni.

OBIETTIVO SPECIFICO 2.3:

Promuovere la conoscenza e facilitare l'accesso a centri di ascolto, aggregazione e orientamento per i giovani presenti nel territorio.

Risultato atteso

Aumento dell'accesso dei giovani alle strutture sopra indicate

AREA DI RICERCA 3 –

OBIETTIVO SPECIFICO 3.1

La Scuola è da considerarsi setting privilegiato di intervento per il ruolo con cui incide sugli stili di vita. Così come gli adulti che quotidianamente svolgono una funzione educativa nei confronti degli adolescenti (genitori, insegnanti, educatori, allenatori sportivi,...) rappresentano alleati preziosi per facilitare il cambiamento e promuovere modalità efficaci di relazione con i giovani.

Definire una strategia integrata che centra l'attenzione sia sul miglioramento di potenzialità personali – competenze socio-emotive e relazionali - sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita;

Attraverso la metodologia delle “life skills education” e della “peer education” diffondere un approccio educativo centrato sul protagonismo dei giovani e teso a rafforzarne- svilupparne le capacità in termini di autostima, autoefficacia e resilienza.

Risultato atteso:

Area scolare:

Avviare la costituzione di una rete di scuole che all'interno dei propri percorsi educativi praticano la “life skills education” e la “peer education” per mettere in grado i propri studenti di sviluppare quelle capacità che sono necessarie per affrontare le sfide del vivere quotidiano

Area antiscolare:

Utilizzare la mappatura dei luoghi frequentati dai giovani, sia centri di aggregazione non istituzionalizzati (sale giochi, “Luna Park”, club sportivi, gruppi musicali, “muretto”, sagre, feste paesane, mercati, manifestazioni locali, ...) sia istituzionali (Parrocchie, Associazioni giovanili, sportive e culturali, Scuola Comunale di Musica, movimenti giovanili, partiti politici,...), per individuare, contattare ed attivare gli stakeholders; Coinvolgere queste figure chiave in attività di formazione per conoscere nuovi metodi educativi efficaci con i giovani (life skills e peer education) e migliorare le competenze necessarie all'ascolto e all'accoglienza. Questo consentirà loro di porsi, nella relazione con i giovani, in un rapporto paritario, informale, basato sulla fiducia e sul rispetto reciproco.

Prima cartolina illustrata (dalle personali esperienze del Dott. Lucio Maciocia)

La mia personale esperienza con questo progetto ha avuto inizio quasi per caso, a seguito di una informazione giunta a compensare la disillusione per il mancato approdo di una Commissione istituita dal Ministero della Salute sulla valutazione dei progetti a valere sul Fondo Nazionale Lotta alla Droga. Sarebbe dovuto esserci, per la prima volta in Italia, una Conferenza Nazionale sulla prevenzione che vedeva la collaborazione tra Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione e Ministero dell'allora Solidarietà sociale e Welfare. All'ultimo momento e senza alcun contributo economico, vengo inviato a rappresentare la Regione Lazio verso questo progetto che si occupa di “prevenzione di Comunità”. Alcuni dei progetti gestiti dal Dipartimento 3D della ASL di Frosinone sul Fondo Nazionale Lotta alla Droga, rappresentano delle interessanti e innovative esperienze di interventi di promozione di salute attuati tramite metodologie di coinvolgimento attivo del gruppo dei pari. Fino allora, però, avevo sentito parlare delle life skills, ma non le avevo mai frequentato assiduamente.

L'inizio dell'esperienza con questo progetto, avvenuto ad ottobre del 2008, è stato fantastico: ospite di un workshop residenziale, a spese della Regione Toscana, con l'anfitrione Avv. Riccardo Senatore, Responsabile della Struttura Complessa Promozione della Salute nella ASL Grosseto 9; il workshop si tenne in un Villaggio vacanze a pochi chilometri da Massa Marittima, nella Maremma toscana. In quella occasione ho appreso alcune cose:

- che quanto finora fatto a Frosinone non era per nulla campato in aria, anzi;
- che, anche se non ne avevo coscienza, le metodologie applicate nei nostri progetti ciociari non erano molto distanti dalle “life skills”;
- che il modello toscano di intervento di promozione di salute prevedeva la formazione dei docenti alle life skills tramite seminari residenziali di 3 giorni nella struttura che ci ospitava;
- che il confronto con colleghi di altri Ser.T. provenienti da tutta Italia, in quel contesto e con quelle modalità, era quanto mai ricco e, pur nel divertimento, proficuo ed intenso;
- ho compreso termini e concetti fondamentali quali: Etica della Responsabilità, educazione alla legalità, Comunità di pratica, mercato delle idee, coprogettazione;
- che ci si può divertire lavorando, anzi, che per lavorare bene bisogna divertirsi;

- che un Avvocato a capo di un Servizio di Prevenzione è capace di ottenere risultati notevoli (una laurea specifica non basta, quello che conta maggiormente sono le competenze, le capacità e le passioni personali).

Dopo quella prima volta ci siamo incontrati altre due volte, sempre a Massa Marittima, ed una volta presso il CNR di Pisa. Sta per essere pubblicato un volume per la Giunti con i contributi di tutte le Regioni partecipanti, sono state elaborate linee di indirizzo per la prevenzione di comunità, è stato elaborato un software per la raccolta dei progetti di prevenzione di comunità, è stato implementato un sito internet, www.sostanze.info, molto ben fatto, con un blog consulenziale aperto a tutti.

Nel frattempo la regione toscana, che è una di quelle Regioni che ci tiene ad essere all'avanguardia (vedi l'esperienza delle Società della Salute), ha pubblicato un libro, sempre per la giunti, che contiene l'esperienza toscana sulla promozione di salute nelle scuole tramite la metodologia delle life skills.

2.3.2. Scuola & Salute

Il percorso nazionale 'Scuola e Salute', riprendendo in pieno tutti i criteri e gli indirizzi promossi dall'OMS attraverso la [strategia HPS](#) (Rete delle Scuole Promotrici di Salute), si inserisce nel contesto del programma [Guadagnare Salute](#) (Rendere facili le scelte salutari) in applicazione del [Protocollo d'Intesa del 5 gennaio 2007](#) fra il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione.

L'obiettivo è promuovere stili di vita sani attraverso campagne informative tese a modificare comportamenti inadeguati e a sviluppare processi di ricerca e azione congiunti da parte di entrambe le Amministrazioni.

Perché "guadagnare" salute? In genere il termine indica la capacità di meritarsi un compenso per un'attività o una prestazione; in questa accezione esso sottolinea il fatto che, come educatori e operatori socio-sanitari, abbiamo il compito di creare condizioni che consentano ai bambini e agli adolescenti di "lavorare" su se stessi per "guadagnare" la capacità di analisi e di scelta, il rispetto e l'amore per la vita, il senso e il significato dei valori e dei modelli culturali di salute.

Ma questi obiettivi possono essere raggiunti solo se la globalità, la partecipazione, il coordinamento caratterizzano la strategia dei percorsi di educazione e di promozione della salute nella scuola e nella sanità pubblica. Finora non è stato possibile perseguire fino in fondo queste linee in quanto il contesto nazionale è stato caratterizzato da una notevole abbondanza di iniziative, spesso parallele e non basate su criteri di efficacia, con un dispendio di energie, fondi e tempo. Ciò nonostante in tutte le Regioni sono emerse, o stanno emergendo, esempi di buone pratiche che è importante valorizzare evidenziando gli elementi comuni, le condizioni favorevoli che le hanno rese possibili, i fattori organizzativi vincenti che le sostengono, le criticità che le condizionano.

Per fare il punto e confrontare percorsi, linguaggi, esperienze in un'ottica intersistemica, il Ministero della Salute ha affidato all'Ufficio Scolastico Regionale (USR) del Piemonte il compito di organizzare e coordinare un percorso di sensibilizzazione dei referenti alla salute degli Uffici Scolastici regionali e provinciali, degli Assessorati regionali della Sanità e delle ASL territoriali. Si è così andato sviluppando un interessante processo interistituzionale, a partire dal seminario nazionale di Torino del luglio 2008, che ha coinvolto per la prima volta i referenti regionali del Ministero dell'Istruzione e del Ministero della Salute nella progettazione partecipata di un percorso formativo.

Attraverso il Comitato paritetico regionale "Scuola e Salute" (composto da tecnici della scuola e tecnici della sanità piemontese, in particolare il DoRS), l'USR ha realizzato il corso nazionale di formazione congiunta "Scuola . Le tre edizioni dell'evento (15-19 febbraio, 22-27 febbraio, 1-5 marzo 2010), ciascuna rivolta a un gruppo di Regioni, si sono svolte a Torino con modalità residenziale, con il coinvolgimento dei referenti della promozione/educazione alla salute regionali e provinciali del MIUR e del Ministero della Salute (rispettivamente Uffici Scolastici Provinciali e Uffici Scolastici Regionali, ASL e Direzioni Regionali).

Si tratta di un percorso formativo mirato alla costruzione di competenze per la salute attraverso la condivisione di tutti gli strumenti considerati specifici della prevenzione primaria a scuola, volto ad approfondire conoscenze, metodi, strumenti utili per una programmazione futura meno episodica, sostenibile, socialmente efficace. La finalità generale è quella di sensibilizzare gli operatori di tutte le Regioni sui temi di "Guadagnare Salute" mediante alcuni obiettivi specifici:

1. favorire l'integrazione sanità/scuola per la promozione della salute nel setting scolastico e per la collaborazione della scuola nel setting comunitario, con un'azione congiunta a livello locale e con il rafforzamento della rete e della professionalità specifica dei referenti regionali e provinciali della scuola e delle aziende sanitarie;

2. creare omogeneità intra- e inter-regionale nell'offerta di programmi di provata efficacia, anche attraverso la condivisione di metodi e strategie per promuovere salute e, aspetto fondamentale, l'implementazione di un sistema informativo nazionale;
3. condividere le linee guida del programma "Guadagnare Salute" e della sua evoluzione, analizzando lo stato dell'arte degli interventi nella scuola e disseminando buone pratiche;
4. condividere metodi e strategie per trasferire le buone pratiche nelle diverse situazioni locali e monitorarne l'applicazione.

I contenuti formativi dei moduli residenziali sono focalizzati su tre funzioni/aree che caratterizzano il ruolo dei referenti regionali e provinciali:

- funzione "connettiva": raccordare differenti soggetti, enti, organizzazioni intorno a obiettivi condivisi;
- funzione di programmazione: analizzare i problemi, definire piani di azione, monitorarli, valutarli e documentarli;
- funzione della formazione permanente, legata al miglioramento soprattutto qualitativo delle attività formative e alla promozione della cultura del "guadagnare salute" intesa quale mission strutturale della scuola.

Una particolare rilevanza è stata data alla disponibilità di sistemi di sorveglianza e monitoraggio, con dati nazionali forniti dalla ricerca PASSI, dalla ricerca HBSC e dal programma OKkio alla Salute.

Il lavoro proposto agli operatori si concentra su tre aree tematiche: alimentazione e attività fisica, fumo e dipendenze, igiene orale, scandagliate sia dal punto di vista epidemiologico che di progettualità educativa ed è strutturato in tre fasi:

- la fase residenziale (5 giorni), per la condivisione e integrazione di conoscenze ed esperienze (febbraio-marzo 2010);
- la fase del project work a distanza (due mesi, aprile-maggio 2010), caratterizzato da accompagnamento a distanza da parte di un tutor on line (un corsista per ogni regione), tramite la piattaforma attivata sul sito www.scuolaesalute.it, per elaborare percorsi di ricaduta nelle specifiche realtà locali regionali e provinciali;
- la fase del richiamo in presenza (1/2 giorni a fine giugno 2010) per la condivisione e il consolidamento della rete integrata e la definizione delle successive fasi operative.

Hanno partecipato in veste di tutor 24 operatori (4 coppie sanità-scuola per ogni settimana). Una ventina di relatori per ogni modulo, provenienti dai Ministeri interessati, dall'Università, dalla sanità (ASL regionali), da studi e associazioni di professionisti in psicologia, psicologia sociale e studi di comunità, si sono alternati nei momenti di formazione plenaria e nei workshop. Il percorso coinvolge complessivamente 216 operatori, di cui 96 del MIUR e 120 della sanità, appartenenti a tutte le regioni e province.

Lavori in corso...

La fase residenziale del percorso si è conclusa con la consegna dei compiti (project work):

Ciascun gruppo regionale dovrà migliorare il proprio patrimonio organizzativo e progettuale, condividendolo con le altre regioni attraverso la piattaforma web, pertanto procederà:

- alla ricognizione degli strumenti locali esistenti e che favoriscono l'integrazione tra scuola e sanità (ma non solo);
- all'attivazione di un efficace piano di comunicazione interno che renda visibile il percorso in atto con obiettivi e impegni;
- alla ricognizione delle buone pratiche locali attinenti ai temi proposti (alimentazione, fumo e dipendenze, igiene orale);
- a delineare una propria tabella di marcia per iniziare e/o rinforzare un percorso locale congiunto scuola-sanità;

Tre tutor, facenti parte della cabina di progettazione nazionale, assisteranno i tutor regionali nel percorso intermedio (on line), in attesa della riunione di verifica di giugno, e garantiranno che la piattaforma sia utilizzata dalle Regioni per il lavoro di project work; tutto il materiale relativo al lavoro delle singole Regioni, oltre a quello prodotto nel corso del fase residenziale, sarà scaricabile all'indirizzo: www.scuolaesalute.it/iss.zip

L'USR e la Sanità del Piemonte aggiorneranno gli Assessorati regionali, le ASL, gli USR e gli USP circa gli impegni assunti dai referenti durante il corso nazionale, in vista degli impegni della fase di project work a distanza e della fase di richiamo di giugno.

Seconda cartolina illustrata (dalle personali esperienze del Dott. Lucio Maciocia)

Anche in questo caso ho avuto la fortuna e l'onore di partecipare a quella meravigliosa esperienza del Seminario Residenziale che si è tenuto a Torino nel mese di febbraio del 2010, ospiti dell'Ufficio Scolastico Regionale del Piemonte. Lo sforzo prodotto dagli organizzatori è stato enorme: per la prima volta si è favorito l'incontro di operatori scolastici e della Sanità in rappresentanza di TUTTE le Regioni Italiane, in un contesto di intenso lavoro e di scambio di esperienze. Una volta tanto questa esperienza l'ho fatta in rappresentanza ufficiale del Gruppo di Coordinamento del progetto ScuolaSalute della Regione Lazio (ne parleremo in seguito), con 4 colleghi di altre ASL Laziali e una sola, purtroppo, Dirigente Scolastica di una Scuola Superiore di Viterbo. Le cose che ho appreso:

- improvvisamente la Regione Lazio è balzata tra le Regioni più innovative, c'era finalmente una azione comune, un gruppo di coordinamento, idee e progetti chiari. Rispetto ai compiti e alla finalità del workshop eravamo un bel po' avanti;
- I workshop residenziali creano un clima di collaborazione intenso, divertente, coinvolgente, in tre giorni, pur correndo, la mole di relazioni, lavori di gruppo, risoluzioni ed intendimenti è enorme. Ho avuto conferma che la situazione ambientale favorevole ed un clima relazionale franco, paritario, improntato al rispetto e all'etica della responsabilità sono condizioni predisponenti all'ottenimento di buoni risultati;
- una buona metodologia ed una buona organizzazione sono alla base della possibilità della costruzione partecipata della progettualità e della convivenza civile;
- è possibile collaborare e coprogettare con la scuola e che, paradossalmente, è più semplice lavorare con perfetti sconosciuti che con i soliti noti.
- Torino è una splendida città

2.3.3. progetto CCM 3 Tabagismo:

PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA INTERISTITUZIONALE DI PERCORSI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Obiettivo generale

Identificare e formare nuclei di riferimento regionali rappresentativi delle istituzioni scolastiche e socio-sanitarie per la pianificazione partecipata di interventi che, a partire dalla prevenzione del tabagismo, promuovano nei giovani lo sviluppo di competenze trasversali e di life skills nei processi decisionali sulla salute e sugli stili di vita sani

Target

- finale: docenti e studenti del ciclo primario e secondario
- intermedi: operatori sanitari, istituzioni scolastiche di livello regionale e provinciale; istituti scolastici

Azione principale

Costituire a livello regionale un gruppo di lavoro (“leggero”) paritetico formato da:

- operatori della Sanità e del Sociale che rappresentino l’area d’intervento di “Guadagnare salute”: fumo, alcol, alimentazione, attività motoria.
- rappresentanti dell’**Ufficio Scolastico Regionale** (Referente Ed. Salute, un dirigente scolastico, un insegnante referente Ed. Salute....)
- rappresentanti degli Enti locali (ANCI regionale)

Compito del gruppo di lavoro: condividere, anche con accordi formali e protocolli di collaborazione, una metodologia di programmazione partecipata degli interventi di promozione della salute nella scuola che, a partire dal livello regionale, possa essere di riferimento e di indirizzo per il territorio

Articolazione

Biennale con termine 15 febbraio 2011. Le fasi di svolgimento sono tre e prevedono:

1) Prima fase.

Un seminario di formazione sulla pianificazione interistituzionale partecipata da replicare per due raggruppamenti territoriali (centro nord, centro sud) aperto a tutte le Regioni, (componente sanità e componente scuola)

2) Seconda fase

la costituzione, nel 50% delle Regioni partecipanti ai seminari di formazione, di un gruppo misto di lavoro (Sanità, Scuola ed Enti locali) che avvii procedure formali (es. accordi, protocolli di collaborazione) finalizzati a sviluppare un metodo di lavoro basato sulla pianificazione partecipata per migliorare/ottimizzare il livello di coordinamento interistituzionale regionale.

Terza fase

l’avvio della sperimentazione, nel territorio di almeno una ASL per Regione partecipante, di percorsi di promozione della salute nella scuola (interventi in istituti scolastici), da realizzare in coerenza con gli accordi regionali di collaborazione di cui al punto 2.

Cronogramma aggiornato

Entro il 30 giugno 2010

- costituzione di un gruppo di lavoro regionale paritetico Scuola-Sanità/ Sociale
- condivisione di un protocollo regionale d’intesa interistituzionale
- individuazione delle realtà locali (territori e istituti scolastici) in cui attuare la terza fase del progetto (sperimentazione)
- condivisione, nei territori individuati, di protocolli d’intesa provinciali tra USP e AUSL
- avvio del processo di raccordo/integrazione con la programmazione distrettuale locale (già esistente), per la sperimentazione di percorsi di promozione della salute nella scuola

Entro il 30 settembre 2010:

- ricognizione delle esperienze di raccordo/integrazione con la programmazione distrettuale locale
- ipotesi di fattibilità per la sperimentazione di percorsi di promozione della salute nella scuola
- avvio della sperimentazione negli istituti scolastici prescelti

Entro il 15 febbraio 2011:

- realizzazione della sperimentazione
- valutazione di processo e di risultato, che dovrà evidenziare i cambiamenti avvenuti, a seguito della introduzione di modalità di pianificazione partecipata interistituzionale di percorsi di promozione della salute:
 - quanto all'innovazione del modello organizzativo (livello regionale e provinciale)
 - quanto all'innovazione della metodologia didattica utilizzata (livello scolastico)
- produzione report finale

Terza cartolina illustrata (dalle personali esperienze del Dott. Lucio Maciocia)

Uno dei vantaggi di cui godo nella mia posizione di referente della Promozione della Salute della ASL di Frosinone presso il coordinamento regionale è quello di poter partecipare ad incontri a valenza nazionale, quale quello che si è tenuto a Reggio Emilia il 7 e 8 giugno di quest'anno. Anche in questo caso il seminario era comune al personale della Sanità e a quello della scuola ed ha ricalcato, in piccolo, le metodologie già sperimentate a Torino. Il contesto ed il numero di partecipanti è stato certamente più piccolo e raccolto e, d'altro canto e fortunatamente, questo seminario si colloca dopo l'esperienza torinese che, da un certo punto di vista, sembra essere una sorta di evento spartiacque che non può essere ignorato. Gli organizzatori Emiliani, infatti, agiscono in continuità con i precedenti e contemporanei progetti e insistono sulla necessità di creare strumentazioni, linguaggi, progetti in comune tra scuola e sanità.

Una cartolina speciale va dedicata al luogo che ci ha ospitato: Luoghi della Prevenzione, una serie di stanze ospitate presso il vecchio ospedale Psichiatrico di Reggio, lo Spallanzani, interamente dedicate a temi e situazioni legate alle promozione di salute. Anche in questo caso, l'esperienza laziale ci ha posto come una delle Regioni "più avanti" nel lavoro (vi assicuro, è un gusto molto speciale avvertire che Cenerentola finalmente si è trasformata in Principessa).

In tutte le esperienze fatte, ma soprattutto in questi due ultimi contesti in cui era presente anche il mondo della scuola, si avvertiva la presenza di un convitato di pietra, di qualcosa che sta producendo modificazioni pesanti all'interno della sanità e, soprattutto, nella scuola: la presenza ingombrante di un economicismo che taglia e riduce, che innova e sconvolge. Dopo tanti anni di immobilismo si avverte che la scuola sta soffrendo i cambiamenti imposti. Eppure la necessità di un cambiamento e di una riforma era ed è palese, inevitabile, urgente, essenziale, ma la sensazione è che la spinta al cambiamento sia arrivata dal punto di vista più lontano alla scuola: quello dell'economicismo, non dell'economia, della disciplina, non della psicopedagogia, dei programmi didattici, non della relazione. La riforma della scuola è il convitato di pietra di questi nostri incontri, la risposta che sembra essere giunta dai gruppi di lavoro e al lavoro è relativa alla necessità di puntare alla qualità della relazione tra adulto consapevole e competente e bambino/adolescente in formazione.

Le cose che ho appreso:

- la conferma del salto qualitativo della Regione Lazio che, finalmente, dialoga quasi alla pari con l'Emilia Romagna, la Toscana, la Lombardia, il Trentino Alto Adige;
- la conferma di una vistosa situazione critica della situazione scolastica in Campania, Calabria, Sardegna e nel Sud in genere;

- la conferma della bontà e della preparazione di alcuni dei consulenti del progetto, Corrado Celata, educatore della ASL di Milano, Nerino Arcangeli, consulente della Regione Emilia Romagna.

A conclusione di questo excursus delle esperienze personali legate ai tre progetti nazionali, vorrei proporre una personale rivisitazione di alcuni dei contenuti proposti dal Prof. Nerino Arcangeli e da altri personaggi che, credo, possono rappresentare una strada operativa per il rilancio dell'azione educativa della scuola e tracciare quelli che alcuni considerano la vera riforma della scuola:

- Solo con la programmazione partecipata si attivano processi con caratteristiche di:

- Flessibilità e capacità di integrare competenze utili alla loro evoluzione;
- Economicità;
- Plasticità temporale favorita dalla attivazione di attori diversi a seconda delle necessità dei gruppi di interesse coinvolti ;
- Possibilità di inserimento della programmazione nelle attività ordinarie, senza risorse economiche aggiuntive;
- Mantenimento intrinseco;
- Miglioramento dei servizi offerti rispetto alla capacità di sviluppare empowerment nei singoli, nel contesto e nella comunità.

Dal punto di vista, invece, della direzione verso una riforma sostanziale e qualitativa della Scuola, Nerino Arcangeli ha proposto 4 punti di criticità, relativamente al “sistema Scuola”, che possono essere così riassunti:

1) Forte spinta disciplinarista – mancanza spinta relazionale

Vale a dire che le proposte di riforme sembrano spingere ancor più verso una concezione dell'insegnamento basato sulla disciplina, oserei dire con una doppia valenza: la disciplina intesa come materia e la disciplina intesa come comportamento conforme alle regole (senza nessun lavoro attorno alle regole del gioco educativo), mentre bisognerebbe prestare molta attenzione alla necessità di aumentare le competenze relazionali, sia tra i docenti stessi che tra docenti e alunni e tra gli alunni. La deriva etica della nostra nazione può essere contrastata solo attraverso una rivalutazione dello spazio relazionale, attraverso la condivisione di regole chiare, esplicite, condivise; le regole del gioco vanno rese esplicite, la responsabilità è diffusa e condivisa, Come propose a suo tempo Gaber: “libertà è partecipazione”.

2) Riduzione dell'orario: ulteriore spinta verso le discipline

La riforma della scuola, riducendo l'orario scolastico, costringe ancor di più il docente a comprimere il tempo dedicato alla “lezione”, imprigionando il sapere e la relazione in un tempo interno alla disciplina, si perde l'occasione di vivere la disciplina, di entrare nel merito dell'essenza della materia, riuscendo ad evitare la pericolosa deriva del bravo studente che ripete quanto da lui ci si aspetta ma che non lega quanto appreso alla propria personale esperienza. “sapere di saper fare”.

3) Valutazione orientata alla disciplina – la qualità della relazione cede alla cognizione

La valutazione è, dal mio punto di vista, il vero arcano mistero della Scuola italiana: pur essendo a fondamento della riuscita scolastica e pur utilizzando tutti criteri valutativi, solo in rarissimi e lodevoli casi, si è assistito ad una vera condivisione ed esplicitazione dei criteri di valutazione. Forse esiste una forma di mediazione tra i criteri fortemente personali legati all'interrogazione orale e quelli cosiddetti “oggettivi” legati ad un test a risposta multipla,

l'uno troppo implicata nella relazione senza consapevolezza, l'altro troppo legato ad una asetticità lontana dalla tradizione scolastica italiana. Sto pensando, ad esempio, alle recenti e controverse esperienze che si stanno verificando negli esami di terza media rispetto alla prova INVALSI, dove può accadere che i migliori allievi non riescono a terminare la prova, inabituati come sono alla sintesi, ottenendo valutazioni basse, mentre coloro che sono abituati ad arrangiarsi e non spremersi più di tanto (sintesi?), ottengono risultati migliori.

4) sistema cultura orientato all'economicismo

Lasciare la scuola alle prese con l'economicismo vuol dire, probabilmente, impoverirla sempre più. Si assiste ad una miopia politica senza limiti: come può uno stato moderno diminuire così pesantemente l'investimento culturale e non farne poi i conti nel futuro, pagando un prezzo mille volte più pesante, dal punto di vista delle potenzialità economiche e sociali. Sembra essere evidente che esistono degli sprechi e delle discrasie economiche, ma deprimere e svalutare la professionalità dei docenti non sembra essere il sistema migliore per risollevare le sorti della scuola. Abbiamo bisogno, socialmente parlando, di un modello educativo fortemente centrato sul rispetto delle regole di convivenza e sulla valorizzazione delle potenzialità. Un economicismo che taglia o che promette sanzioni ai fannulloni senza proporre azioni di sostegno alla socialità è destinato a produrre conflittualità sociale, disuguaglianze, ignoranza di ritorno, demotivazione nei docenti, scarso senso di appartenenza e rispetto da parte degli alunni. Fortunatamente le recenti spinte di riforma sembra che abbiano ottenuto una risposta d'orgoglio di appartenenza tra i docenti.

E, per finire, una considerazione che riguarda il concetto di "Valutazione Autentica", di squisita fattura pedagogica, ma che, a quanto sembra, non è molto frequente trovare nella scuola, mentre il termine valutazione permea i discorsi ed è a fondamento della didattica:

«la valutazione che ricorre continuamente nel contesto di un ambiente di apprendimento significativo e riflette le esperienze di apprendimento reale... L'enfasi è sulla riflessione, sulla comprensione e sulla crescita piuttosto che sulle risposte fondate solo sul ricordo di fatti isolati. L'intento della "valutazione autentica" è quello di coinvolgere gli studenti in compiti che richiedono di applicare le conoscenze nelle esperienze del mondo reale. La "valutazione autentica" scoraggia le prove "carta-e-penna" sconnesse dalle attività di insegnamento e di apprendimento che al momento avvengono. Nella "valutazione autentica", c'è un intento personale, una ragione a impegnarsi, e un ascolto vero al di là delle capacità/doti dell'insegnante » (Winograd & Perkins, 1996, I-8: 2).⁷

La valutazione autentica o alternativa si fonda quindi anche sulla convinzione che l'apprendimento scolastico non si dimostra con l'accumulo di nozioni, ma con la capacità di generalizzare, di trasferire e di utilizzare la conoscenza acquisita a contesti reali. Per questo nella valutazione autentica le prove sono preparate in modo da richiedere agli studenti di utilizzare processi di pensiero più complesso, più impegnativo e più elevato.

3. La RISOLUZIONE DI VILNIUS DEL 2009: Migliorare le scuole attraverso la salute

Risoluzione della conferenza

INTRODUZIONE

Educazione e salute hanno interessi comuni. La combinazione di questi interessi consente alle scuole di diventare luoghi migliori in cui apprezzare l'apprendimento, l'insegnamento e il lavoro. Una "scuola che promuove la salute" è una scuola che mette in atto un piano educativo strutturato e sistematico a favore della salute, del benessere e dello sviluppo del capitale sociale di tutti gli alunni e del personale docente e non docente. Le scuole che promuovono la salute hanno dimostrato di essere in grado di migliorare la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica. Le scuole, all'interno della comunità d'appartenenza, rappresentano uno dei contesti privilegiati per ridurre le disuguaglianze in ambito di salute. La collaborazione con altre aree strategicamente rilevanti, come quelle giovanili, sociali, ambientali e per lo sviluppo sostenibile, è indispensabile.

RISOLUZIONE DEI GIOVANI

Noi, i giovani partecipanti alla conferenza, abbiamo raggiunto queste conclusioni: esistono problemi che possiamo affrontare da soli e altri per i quali abbiamo bisogno dell'aiuto degli adulti. Vogliamo sottolineare che la vera salute può essere intesa solo in maniera olistica, che si traduce in un equilibrio mentale e fisico, un ambiente pulito, solidarietà tra le persone, giusto riposo e alimentazione equilibrata.

Vogliamo che nella scuola i leader, gli insegnanti e gli studenti cerchino di creare una società più sana e migliore, che pensi al presente e al futuro. Vogliamo i dintorni delle scuole con più verde. Vogliamo collaborare con gli studenti di altri paesi per organizzare più dibattiti con scienziati e politici per discutere sui nostri problemi. Vogliamo avere più attività pratiche e d'apprendimento sulla promozione della salute e la possibilità di consultare esperti nelle situazioni di stress.

Pensiamo che, se seguiremo l'approccio olistico, saremo in grado di occuparci dei nostri problemi di salute, compresi quelli dovuti ai disturbi alimentari e alla mancanza di riposo, e saremo in grado di costruire una società e addirittura un paese più sano.

Crediamo che, se condurremo una vita attiva, aiutando i poveri, credendo in quello che facciamo, collaborando con gli insegnanti per costruire un ambiente scolastico migliore e più accogliente, allora potremo avere una vita più sana e felice.

Noi stessi possiamo e dobbiamo avere uno stile di vita più sano, mostrando in questo modo come sia piacevole essere sani, attivi e positivi. Dobbiamo anche convincere i nostri genitori ad essere attivi e prendere parte in attività che promuovono la salute.

A LIVELLO INTERNAZIONALE, NAZIONALE E REGIONALE

Come risultato della discussione della conferenza noi, i partecipanti alla conferenza, chiediamo alle organizzazioni governative, non-governative e a tutte le altre a livello internazionale, nazionale e regionale:

1. Di adottare ed estendere l'approccio di una scuola che promuove la salute come parte integrante dello sviluppo della scuola.
2. Di garantire un supporto a lungo termine attraverso politiche e strategie internazionali, nazionali e regionali accompagnate da risorse e mezzi sufficienti.
3. Di riconoscere come necessaria la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione, come pure la partecipazione di bambini e giovani, per attuare dei programmi di promozione della salute nella scuola pubblica con obiettivi realistici.
4. Di sostenere la formazione professionale continua del personale docente, sanitario e d'altri settori coinvolti.

5. Di sviluppare e mantenere un'infrastruttura di coordinamento e comunicazione internazionale, nazionale e regionale, per il sostegno alle scuole promotrici di salute.
6. Celebrare e condividere i traguardi ed i successi.

A LIVELLO DI SCUOLA

Sollecitiamo tutti all'interno della comunità scolastica (inclusi alunni, genitori, personale docente e non docente, dirigenti scolastici, comitati scolastici) ad utilizzare gli aiuti disponibili al fine di:

1. Introdurre, mantenere e sviluppare ulteriormente l'approccio di scuola che promuove la salute, costruendolo in modo sostenibile all'interno del piano di sviluppo della scuola
2. Coinvolgere tutta la comunità scolastica e le organizzazioni che con essa collaborano
3. Assicurare sufficiente impegno, risorse e mezzi
4. Sostenere lo sviluppo professionale continuo del personale scolastico
5. Assicurare che bambini e giovani siano attivamente coinvolti nei processi decisionali ad ogni stadio della programmazione
6. Celebrare e condividere i traguardi ed i successi

SCENARIO DELLA CONFERENZA

Durante la prima conferenza Europea delle Scuole promotrici di salute sono stati delineati i principi fondamentali per la promozione della salute nelle scuole (Grecia 1997). Ogni bambino e giovane ha il diritto di essere educato in una scuola che promuove la salute.

La seconda conferenza Europea delle Scuole promotrici di salute ad Egmond aan Zee, in Olanda (2002) ha enfatizzato l'importanza dell'alleanza tra settore educativo e sanitario. L'Agenda di Egmond è uno strumento che aiuta a creare e sviluppare scuole promotrici di salute in tutta Europa.

La terza Conferenza Europea delle Scuole promotrici di salute: "Migliorare le Scuole attraverso la salute" (Vilnius, Lituania, dal 15 al 17 giugno 2009) mira a fare un passo successivo nel promuovere la salute a scuola in Europa, mediante azioni concertate intersettoriali e transnazionali. Durante la conferenza, i giovani hanno avuto un ruolo attivo scambiando idee e lavorando insieme per rendere la scuola un posto migliore per apprendere e lavorare.

PROMOZIONE DELLA SALUTE A SCUOLA IN EUROPA

La Rete delle Scuole promotrici di salute in Europa - la Rete SHE (Schools for Health in Europe) - ha ereditato delle basi solide dal suo predecessore, "La Rete Europea delle Scuole che promuovono la salute" (ENHPS), fondata nel 1991 dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dal Consiglio d'Europa e dalla Commissione Europea, e beneficia di quest'esperienza per sviluppare e sostenere le scuole promotrici di salute.

I Paesi membri della Rete SHE sono 43 in Europa.

La Rete SHE promuove un concetto positivo di salute e benessere che si basa sulla Convenzione sui Diritti del Fanciullo delle Nazioni Unite e sulla Convenzione Europea sull'Esercizio dei Diritti dei Bambini del Consiglio d'Europa.

L'approccio di SHE alla promozione della salute nella scuola si fonda su 5 valori fondamentali e 5 pilastri.

I VALORI FONDAMENTALI DELLA RETE SHE

EQUITA'

Le scuole che promuovono la salute assicurano un accesso equo a tutta la gamma delle opportunità concernenti istruzione e salute. Questo fatto rende concreto a lungo termine un impatto significativo nel ridurre le disuguaglianze nella salute e nel migliorare la qualità e la disponibilità di un apprendimento permanente.

SOSTENIBILITA'

Le Scuole promotrici di salute riconoscono che la salute, l'apprendimento e lo sviluppo sono strettamente collegati. Le scuole agiscono come centri d'apprendimento. Esse incoraggiano e sviluppano una visione positiva e responsabile del ruolo futuro degli alunni nella società.

Le Scuole promotrici di salute si sviluppano meglio quando gli sforzi e i risultati raggiunti sono mantenuti in modo sistematico per un periodo prolungato, di almeno 5 -7 anni, poiché - tanto in materia di salute quanto nel campo dell'educazione - la maggior parte dei risultati si ottengono nel medio e lungo termine.

APPARTENENZA

Le scuole promotrici di salute apprezzano la diversità e garantiscono che la scuola sia una comunità d'apprendimento, dove tutti possano godere della fiducia e del rispetto degli altri. E' molto importante che si creino delle buone relazioni tra gli alunni stessi e con il personale scolastico, e che d'altro canto esistano buoni rapporti tra scuola, genitori e intera comunità scolastica.

AUTONOMIA E CAPACITA' DI AGIRE

Le scuole promotrici di salute consentono ai bambini e ai giovani, al personale scolastico e a tutti i membri della comunità scolastica, di essere coinvolti attivamente nella definizione degli obiettivi concernenti la salute e nella possibilità di agire a livello di scuola e comunità, per il conseguimento di questi obiettivi.

DEMOCRAZIA

Le scuole promotrici di salute si fondano su principi democratici: esse sono il luogo dove si pratica l'esercizio dei diritti e l'assunzione di responsabilità.

I PILASTRI DELLA RETE SHE

APPROCCIO OLISTICO DELLA SCUOLA ALLA SALUTE

Tra le politiche e le azioni educative di seguito elencate, deve esistere un approccio coerente, riconosciuto e condiviso dall'intera comunità scolastica.

Questo approccio include:

- l'utilizzo di un metodo partecipativo e orientato all'azione per sviluppare l'educazione alla salute nel curriculum scolastico; ·
- il rispetto del concetto di salute e benessere proprio degli studenti;
- lo sviluppo di politiche scolastiche orientate alla salute; ·
- lo sviluppo dell'ambiente scolastico fisico e sociale;
- lo sviluppo delle capacità essenziali per la vita quotidiana;
- la realizzazione di legami utili tra casa e società; ·
- l'uso efficiente dei servizi sanitari.

PARTECIPAZIONE

E' promosso il senso d'appartenenza negli studenti, nel personale e nei genitori attraverso la partecipazione e l'impegno, che sono requisiti per l'efficacia delle attività di promozione della salute nelle scuole.

QUALITA' DELLA SCUOLA

Le scuole promotrici di salute sostengono in modo ottimale i processi d'insegnamento e d'apprendimento. Studenti in buona salute imparano meglio, il personale in buona salute lavora meglio ed è maggiormente soddisfatto del proprio lavoro. Il compito principale della scuola è quello di massimizzare i benefici che gli alunni possono trarre dalla scuola. Le scuole promotrici di salute aiutano a realizzare gli obiettivi educativi e sociali degli alunni.

EVIDENZE E DATI DISPONIBILI

La promozione della salute nelle scuole in Europa è supportata da ricerche, già pubblicate e in corso di pubblicazione, che dimostrano l'efficacia di approcci e di pratiche di promozione della salute nella scuola, sia per quanto riguarda gli aspetti di salute (ad esempio salute mentale, alimentazione, uso di sostanze) sia nei confronti dell'approccio olistico da parte della scuola.

SCUOLE E SOCIETA'

Le scuole promotrici di salute s'impegnano con tutta la comunità in senso allargato. Esse invitano alla collaborazione tra scuola e società e agiscono attivamente per aumentare il capitale sociale e l'alfabetizzazione sanitaria.

4. IL MODELLO METODOLOGICO DELLA REGIONE LAZIO: COORDINAMENTO REGIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Nel mentre che andavano dipanandosi le matasse nazionali per la promozione della salute, nel Lazio, grazie all'interessamento dell'Agenzia Sanità Pubblica del Lazio – Laziosanità, nasce un progetto che di fatto colloca il Lazio tra le Regioni guida d'Italia, almeno relativamente al modello organizzativo. Il progetto prende il nome di "Scuolasalute", molto simile al progetto nazionale coordinato dalla Regione Piemonte, e, anticipando i tempi, realizza quanto stanno cercando di realizzare i due progetti interministeriali coordinati dal Ccm: il coordinamento regionale della promozione di salute. Accanto ad un responsabile Scientifico, nella persona della dott.sa Anna De Santi, che agisce su mandato di Laziosanità, e ad un coordinatore, nella persona della Dott.sa Cristina Faliva, si costituisce un gruppo di coordinamento regionale formato da un referente aziendale, nominato da ciascun Direttore Generale, per ciascuna delle 12 ASL del Lazio, da un rappresentante dell'Ufficio Scolastico Provinciale e da rappresentanti degli Uffici Scolastici Provinciali. Tutto questo avviene nel mese di aprile del 2009, proprio mentre l'ORSEA si andava consolidando quale organismo di rete all'interno della ASL di Frosinone. Il modello organizzativo che si è andato a costituire sembra uno dei pochi in Italia che realizza compiutamente una rete regionale rappresentativa di tutte le ASL regionali ed in cui siano presenti anche rappresentanti della Scuola. Il secondo e decisivo aspetto positivo è la ratifica dell'accordo, tramite protocollo di intesa, tra Agenzia Sanità Pubblica del Lazio e Ufficio Scolastico Regionale del Lazio, avvenuto nel mese di gennaio del 2010.

Questo modello operativo si è consolidato grazie all'adozione di un programma di intervento validato a livello Europeo che è stato adottato sull'intero territorio regionale; EUDAP Unplugged (di cui parleremo diffusamente in un altro articolo). L'équipe dell'Università di Torino, coordinata dal Prof. Faggiano, che ha curato la realizzazione del progetto Europeo e contribuito alla sua validazione, ha provveduto a formare, in due distinte tornate, 3 operatori per ciascuna ASL sul modello UNPLUGGED; questi operatori, a loro volta, hanno formato sia altri operatori in ciascuna delle ASL del Lazio, costituendo un gruppo di lavoro specifico, sia docenti delle prime classi delle superiori. Per la prima volta in Italia è stato possibile adottare un medesimo progetto su tutto il territorio di una regione, rispettando i criteri di scientificità e con un programma condiviso di valutazione dei risultati e di verifica di processo.

Di seguito riportiamo il documento riepilogativo dell'organigramma funzionale dell'organismo, le finalità ed i progetti intrapresi, ripreso dalla Brochure preparata in occasione dell'incontro avvenuto il 22 giugno nell'ambito del Progetto CCM3 Scuola & Salute presso il ministero della salute di Roma.

Il progetto Scuolasalute si propone di realizzare e diffondere programmi validi dal punto di vista scientifico ed operativo che aumentino l'adozione di comportamenti positivi rispetto alle problematiche di salute ritenute prioritarie all'interno dei percorsi scolastici in tutte le scuole di ogni ordine e grado del territorio della Regione Lazio.

OBIETTIVO GENERALE:

Promuovere salute attraverso l'implementazione di azioni che, alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, risultano essere maggiormente efficaci per la realizzazione di interventi di promozione di comportamenti e stili di vita salutari in ambito scolastico.

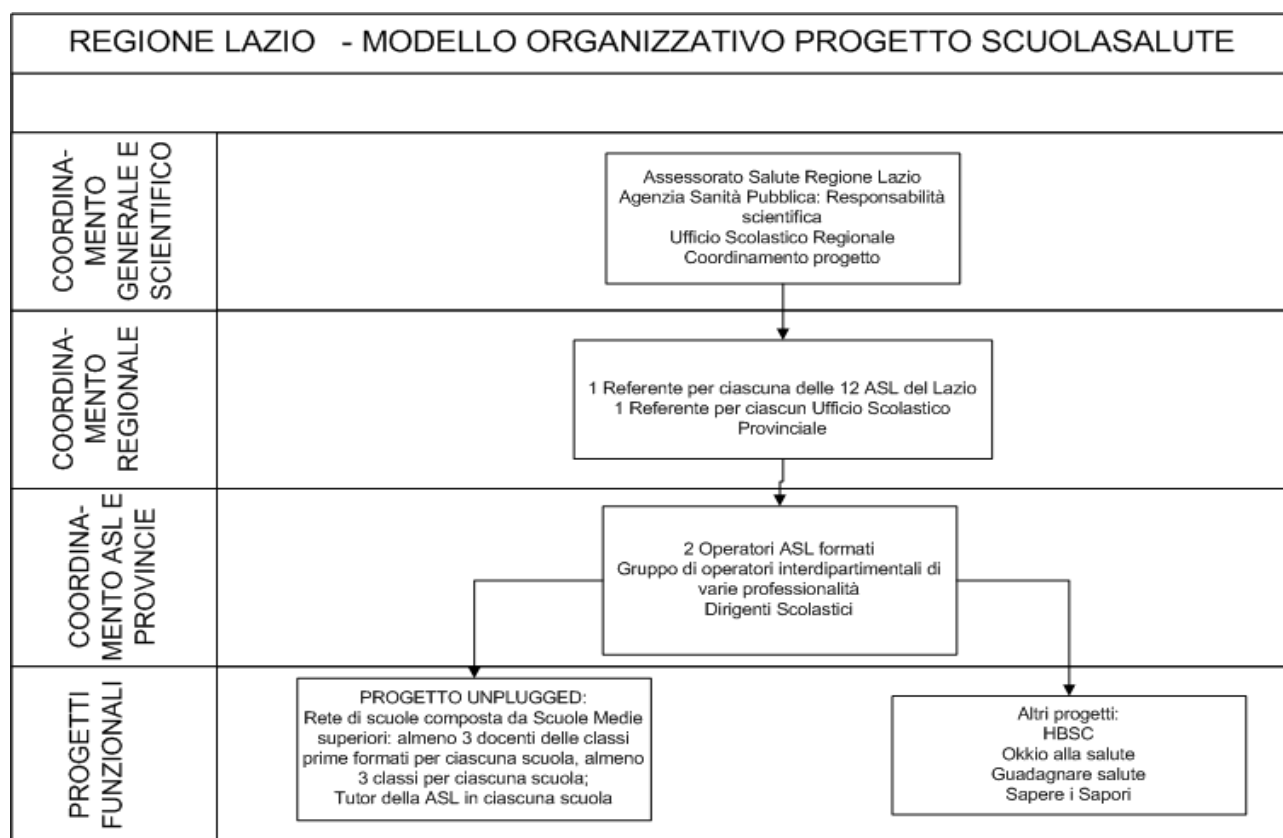
OBIETTIVI SPECIFICI

- Analizzare, produrre e/o adottare linee di indirizzo e procedure operative validate e condivise inerenti gli argomenti individuati;

- Attuare corsi di formazione per formatori sull'utilizzo dei materiali;
- Supportare la realizzazione di corsi di formazione all'utilizzo dei suddetti materiali e metodologie per gli insegnanti delle scuole del Lazio da parte degli operatori sanitari delle ASL;
- Sperimentare l'applicazione delle metodologie nelle scuole della Regione Lazio, tenendo in debito conto i contesti e le specificità territoriali; monitorare e coordinare le attività di prevenzione svolte in ambito scolastico;
- Valutare le attività in termini di processo e di efficacia;

MODELLO ORGANIZZATIVO

Il progetto Scuolasalute si avvale di un coordinamento effettuato attraverso 3 gruppi di lavoro aventi lo scopo di valutare, confrontare, approvare e dare massima diffusione a programmi di promozione della salute di provata efficacia nell'ambito del territorio della Regione Lazio



Funzioni del comitato tecnico scientifico

- Definizioni accordi con EUDAP – OED -Università di Torino
- Coordinamento generale del progetto
- Rapporti con Ministero Salute - CCM - Ministero Istruzione - Altri progetti nazionali
- Rapporti con Regione Lazio - Ufficio Scolastico Regionale - MIUR
- Verifica scientifica del progetto, verifica di processo

- Aggiornamento formativo operatori coinvolti nel progetto

Funzioni del coordinamento regionale

- Definizioni accordi con EUDAP – OED -Università di Torino
- Coordinamento generale del progetto
- Rapporti con Ministero Salute - CCM - Ministero Istruzione - Altri progetti nazionali
- Rapporti con Regione Lazio - Ufficio Scolastico Regionale - MIUR
- Verifica scientifica del progetto, verifica di processo
- Aggiornamento formativo operatori coinvolti nel progetto

Funzioni del gruppo di lavoro aziendale

- Coordinamento operativo a livello di ASL/Provincia
- Formazione Docenti UNPLUGGED
- Supporto e tutoraggio docenti
- Definizione tempistica e verifica andamento progetto a livello ASL
- Sviluppo e codifica del gruppo di lavoro a livello aziendale
- Sviluppo e codifica costituzione gruppi di lavoro misti Scuola/ASL

Azioni di sistema

- Protocollo di intesa con singole scuole e/o Centro Servizi amministrativi dell'Ufficio Scolastico Regionale
- Formazione per formatori progetto EUDAP-Unplugged
- Workshop di presentazione del progetto
- Aggiornamento formativo sanità – scuola
- Coordinamento operativo aziendale progetti di promozione di salute.

Il Protocollo d'Intesa tra l'Agenzia di Sanità Pubblica ed il MIUR ha stabilito la necessità che nei limiti delle rispettive competenze

- vengano definite strategie comuni tra salute e scuola
- vengano realizzati interventi congiunti tra il sistema scolastico ed il sistema sanitario
- venga condivisa una cultura in materia di promozione della salute per la prevenzione di patologie croniche e per il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile

5. IL MODELLO DELLA ASL DI FROSINONE: L'ORSEA

Nel momento in cui, nel 2008, abbiamo provato a ricostituire l'ORSEA, non sembravano esserci le condizioni per legare tale modalità organizzativa agli altri contesti nazionali e regionali. In un momento in cui la sanità regionale sembrava essere impegnata, soprattutto, in una dispendiosa lotta di posizione, nella difesa dei posti letto ed il territorio e la prevenzione sembravano essere usciti di scena, il bisogno della ricostruzione di una rete interna ai servizi territoriali è stata soprattutto una necessità di coltivare una speranza ed un senso. Da due anni avevamo proposto, come Dipartimento 3D, azioni di formazione legate alla prevenzione ed ai servizi territoriali, grazie anche alla preziosa collaborazione con la Dott.ssa Paola Cavalieri, dell'Università La Sapienza di Roma, già collaboratrice del Dott. Renzo Carli, trovando immediatamente la collaborazione entusiasta dei Servizi territoriali dell'Area Materno Infantile. I moduli formativi proposti sono stati costruiti con una metodologia di partecipazione attiva, gli argomenti proposti sono stati quelli legati all'attività corrente e istituzionale. Questi corsi hanno avuto un grande successo, tanto che, alla fine del percorso, restò la necessità di mantenere i contatti tra i servizi e di riproporre quella modalità anche in altre occasioni. Dal 2005 al 2008 si sono alternati momenti di formazione professionale che hanno avuto le seguenti caratteristiche:

- Formazione congiunta degli operatori dei servizi territoriali, Dipartimento 3D, Area Territoriale Materno Infantile del Dipartimento di Integrazione socio-sanitaria e della Tutela della Maternità e del Bambino, Centri di Salute Mentale e, nell'ultimo periodo, anche il Dipartimento di Prevenzione;
- Metodologie di partecipazione attiva, di coprogettazione, di costruzione di linguaggi comuni, legati all'operatività quotidiana;
- Attenzione alla valorizzazione delle professionalità e dei compiti istituzionali;
- Supporto alla motivazione, favorendo la conoscenza delle professionalità e delle storie professionali, delle metodologie, delle motivazioni;

Nel corso degli incontri sono emerse criticità e, soprattutto, punti di eccellenza, in termini di aspetti progettuali e organizzativi innovativi ed interessanti, che sono stati esplicitati e condivisi. Uno degli aspetti qualificanti del corso è stato proprio la possibilità di conoscersi tra Operatori, verificare il livello di professionalità, confrontarsi operativamente.

E' emerso un quadro generale di professionalità espresse in resoconti di eccellenze e spaccati di attività e dinamiche quotidiane nei servizi che hanno evidenziato lo sforzo di mantenere uno standard di qualità. Uno degli aspetti critici nell'organizzazione è rappresentato certamente dalla comunicazione, nel senso che sono stati evidenziati problemi tra Direzione Aziendale, Responsabili e servizi, Sedi centrali e sedi distaccate, all'interno del dipartimento tra servizi dello stesso tipo, anche per carenze strutturali (fax, telefoni, accesso internet, intranet, ecc.), e tra servizi afferenti a dipartimenti diversi che avrebbero potuto agire in rete, che hanno difficoltà a comunicare tra loro pur occupandosi della stessa utenza.

Partendo dalle politiche di sviluppo sociale, nonché dalla visioni educative dell'OMS, e dalla legislazione nazionale degli ultimi quarant'anni, passando per le visioni etiche ad esse connesse, si arriva a considerare la riflessività multi - livello che dovrebbe guidare le attività dei servizi proprie delle strutture complesse come la ASL. Quello che si cerca di ripercorrere è l'importanza dell'azione preventiva all'interno dei servizi al fine di promuovere la salute, oltre che concentrarsi solo sulla patologia, in un ottica di rete per poter raggiungere:

- responsabilità diffusa e condivisa
- interventi multidisciplinari e pari dignità tra professionalità e tra pubblico e privato sociale

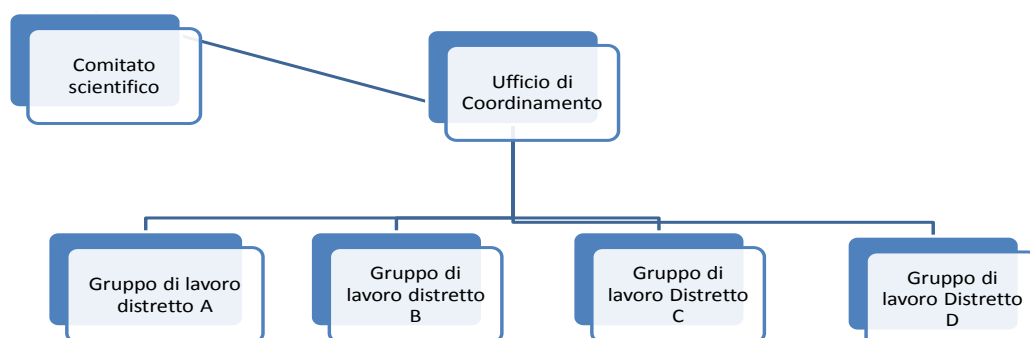
- valorizzazione delle diversità piuttosto che uniformità
- spostare l'attenzione dal singolo e dal sintomo al contesto allargato e al rapporto tra singolo e gruppo
- attivare processi gruppali di elaborazione delle conoscenze
- favorire processi di autopromozione tra i clienti
- attivare percorsi di promozione delle life skills
- favorire la creazione di "peer group"
- valorizzare la figura dell'adulto di riferimento nei contesti organizzativi
- favorire la competenza ed il confronto intergenerazionale
- attivare processi di promozione dell'agio e di fattori di protezione
- sviluppare i percorsi di formazione permanente nelle istituzioni e nei contesti culturali (longlife learning).

Partendo da queste premesse è stato relativamente facile promuovere la rete dei servizi approfittando della storia passata e far rivivere l'esperienza dell'ORSEA. Rispetto al passato, però, l'esperienza formativa ha favorito la costituzione della rete dei servizi territoriali interni alla ASL, mentre abbiamo preferito rimandare ad un secondo momento la creazione di un organismo di gestione comune tra Scuola e ASL. L'Ufficio Scolastico Provinciale di Frosinone, tra le altre cose, non ha mai mostrato entusiasmo per questa iniziativa e, ci sembra, non sia ancora riuscito a creare una rete di coordinamento tra le scuole per promuovere azioni comuni. Si è limitato all'ordinaria amministrazione in una situazione di grave carenza.

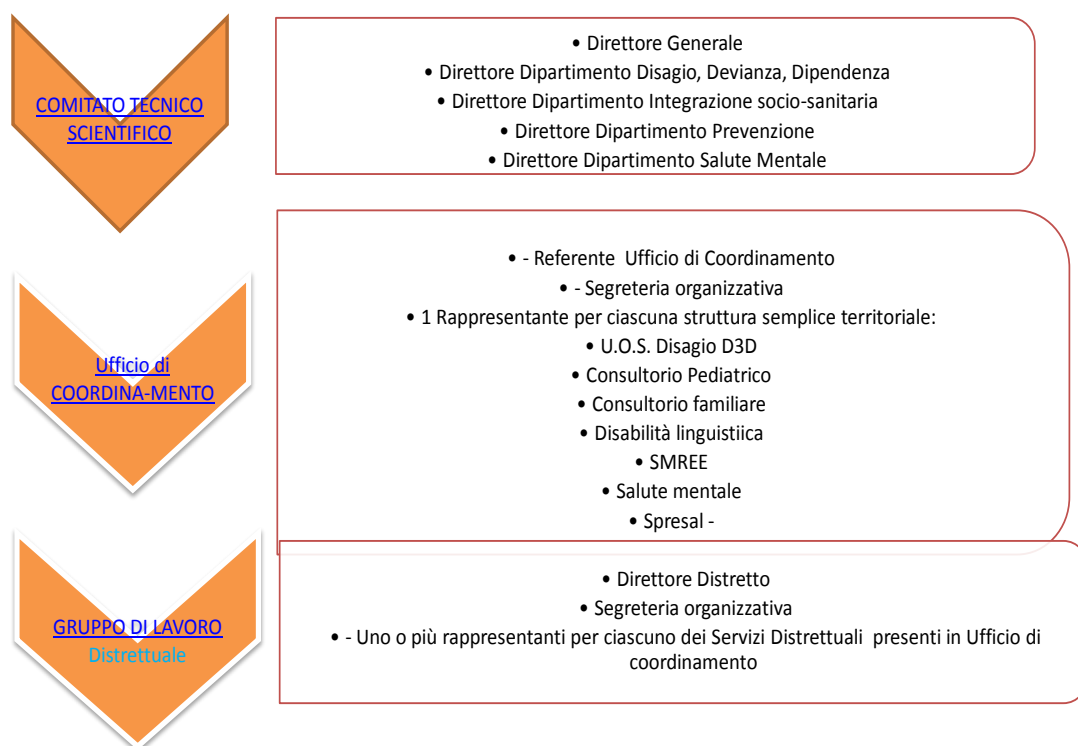
Nel mese di ottobre del 2008 si decide la ricostituzione dell'ORSEA, raccogliendo il lavoro seminato durante i tre anni precedenti, secondo un modello di massima rappresentatività dei servizi territoriali. La necessità di una rete orizzontale di coordinamento a livello Distrettuale non si è mai concretizzata, il modello organizzativo dell'Orsea recepisce questa necessità, anche se solo per il livello operativo della promozione di salute nelle scuole.

Di seguito proponiamo due grafici che evidenziano, rispettivamente, l'organigramma e la tipologia dei componenti dei vari livelli operativi:

Organigramma ORSEA – ASL Frosinone



ASL Frosinone - MODELLO ORGANIZZATIVO ORSEA



Il Comitato Scientifico rappresenta, ai massimi livelli, la volontà della costruzione di una rete operativa di coordinamento per la promozione di salute, con la presenza dei Direttori dei 4 Dipartimenti territoriali: Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Disagio, Devianza Dipendenza.

L'Ufficio di Coordinamento vede la partecipazione di uno dei Responsabili di Struttura Semplice Territoriale per ciascuno dei Servizi che opera nella scuola (vedi organigramma ORSEA); le funzioni assegnate all'Ufficio di Coordinamento sono le seguenti:

- a) concordare con le Istituzioni scolastiche le forme di partecipazione di quest'ultimo all'ORSEA e predisporre un nuovo accordo di programma congruente con le modifiche legislative nel frattempo intervenute; collaborare con il Centro Servizi Amministrativi dell'Ufficio Scolastico Provinciale e con il costituendo Osservatorio Scolastico Provinciale, nonché con le partiture dall'Amministrazione Provinciale che hanno a che fare con la scuola e con il disagio giovanile;
- b) condividere con le singole Scuole i criteri per la partecipazione e l'adesione alle iniziative dell'ORSEA
- c) Definire e sottoporre alla Direzione Generale previa approvazione del Comitato Scientifico, per la predisposizione degli atti conseguenti, i seguenti strumenti operativi:
 - 1) il piano di offerta formativo della ASL Frosinone diretto alle singole istituzioni scolastiche;
 - 2) un organigramma organizzativo ed operativo che assicuri piena funzionalità e coordinamento operativo agli interventi di prevenzione attuati dall'ORSEA;
 - 3) il piano di intervento per la prevenzione del disagio, delle dipendenze, delle forme di bullismo, dell'educazione stradale, dell'educazione affettiva e sessuale, dell'integrazione e disabilità, del disagio mentale da attuarsi sui territori distrettuali; questo documento andrà a confluire nei Piani di zona distrettuali;
 - 4) un progetto di ottimizzazione, tramite attenta ricognizione, delle risorse effettivamente disponibili, in termini aziendali e territoriali;
 - 5) l'individuazione e la predisposizione di strumenti operativi per la collaborazione con l'Università, Istituti di Ricerca, terzo settore, liberi professionisti, Laboratori di educazione ambientale;
 - 6) un piano editoriale che preveda la riedizione almeno semestrale del Bollettino Informativo ORSEA;
 - 7) la definizione di un budget minimo di funzionamento e una quantificazione del monte ore per l'espletamento di tali attività

:

Per il completamento delle rete operativa si è dimostrato utile la costituzione di 4 Gruppi di lavoro ORSEA, uno per ciascun distretto, in cui fossero rappresentati, possibilmente attraverso i vari Responsabili di struttura Semplice, i servizi territoriali. La funzione di questi Gruppi di lavoro sono le seguenti:

- 1) coordinamento operativo degli interventi di prevenzione e promozione della salute nelle scuole del Distretto C;
- 2) costituzione gruppi operativi legati alle proposte formative ORSEA per le esigenze distrettuali;
- 3) Collaborazione con gli analoghi organismi di coordinamento extra azienda (Gruppo di coordinamento provinciale per la prevenzione e Unità Territoriale di prevenzione);
- 4) Vigilanza e Verifica dell'attività svolta, costruzione e raccolta dei dati relativi agli interventi effettuati;
- 5) Promozione di incontri con Dirigenti scolastici e Docenti per la presentazione delle attività;

- 6) costruzione di indicatori di risultati;
- 7) Redazione di report di andamento annuali sulle attività effettuate;
- 8) Supporto al Direttore di Distretto per le scelte operative nel campo della prevenzione, nelle indicazioni per la progettazione dei Piani di Zona socio-sanitari, per l'analisi delle risorse e dei risultati conseguiti.
- 9) Definizione delle procedure per ciascuno dei punti individuati;
- 10) Valorizzazione e diffusione delle buone pratiche
- 11) Definizione delle linee di attività per ciascun servizio e per ciascuna offerta formativa
- 12) Definizione di eventuali altre proposte da inserire nella formazione aziendale e nella formazione ORSEA;

Parallelamente alla messa a punto del modello organizzativo, l'ORSEA ha dimostrato di poter interfacciarsi con le varie occasioni di confronto a livello regionale, con il gruppo di coordinamento regionale e a livello nazionale con i tre progetti del CCM. A quanto ci è dato conoscere, non esiste in Italia analogo modello di rete interna alla ASL.

6. SISTEMI DI MONITORAGGIO EUROPEI E NAZIONALI

Di seguito ci occuperemo di due sistemi di monitoraggio dello stato di salute psicofisica dei giovani italiani. Il primo studio per il monitoraggio della salute dei bambini si chiama “OKKIO ALLA SALUTE”; il secondo, HBSC - Health behaviour in school aged children – riguarda uno studio promosso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità in vari paesi europei e del mondo ed offre, quindi, la possibilità di comparazione della situazione; l’impostazione dello studio, infatti, comporta l’individuazione di campioni di classi statisticamente individuate legati a specifiche classi di età a cui vengono sottoposte le medesime domande, tradotte nelle varie lingue. Il valore dello studio è altissimo.

6.1 Il sistema informativo OKKIO ALLA SALUTE

Cos’è OKKio alla SALUTE?

L’obiettivo di **OKKIO** alla **SALUTE** è orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie; il progetto si propone di realizzare un sistema di indagini sulle abitudini alimentari e sull’attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni).

Secondo i dati disponibili, infatti, nel nostro Paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presenta un eccesso di peso: un fenomeno che sembra interessare maggiormente le fasce di età più basse e che è più frequente al Sud Italia.

Per definire e mettere a regime un sistema nazionale di raccolta dati, con il diretto coinvolgimento delle Regioni, che permetta l’acquisizione di informazioni su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica, il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie ([Ccm](#)) del Ministero della Salute e le Regioni hanno affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell’Iss il coordinamento di **OKKio** alla **SALUTE**, iniziativa collegata al programma europeo [“Guadagnare salute”](#) e al [Piano nazionale di prevenzione](#).

In particolare, per favorire l’attività fisica e una sana alimentazione, è necessario sapere cosa mangiano e quanto si muovono i bambini. La scuola è quindi il luogo ideale per raccogliere queste informazioni. Nell’ottica di un’evoluzione verso un sistema di sorveglianza - cioè una raccolta continua nel tempo finalizzata all’azione - è stato quindi sviluppato un sistema che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile nel tempo ed efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica.

Il contesto istituzionale

OKKio alla **SALUTE** è parte di un più ampio progetto del Ccm [“Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”](#), promosso dal Ministero della Salute e dal Ministero della Pubblica Istruzione.

La realizzazione del progetto è affidata alle Regioni e alle Asl, in collaborazione con la scuola, e il coordinamento al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell’Istituto Superiore di Sanità (Iss) coadiuvato dall’Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio che cura i rapporti e le comunicazioni con gli Uffici Scolastici Regionali e con le scuole.

Modalità di realizzazione

- registrazione delle misure antropometriche degli alunni delle scuole primarie (peso e altezza)
- raccolta di informazioni sull’ambiente scolastico, sulle attività formative riguardanti l’attività fisica e la nutrizione, svolte dalla scuola in autonomia o in collaborazione con altre istituzioni

- raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica e la sedentarietà dagli alunni delle scuole primarie, effettuata tramite un semplice questionario riempito dai bambini in classe
- raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica e la sedentarietà dei bambini, effettuata tramite un questionario indirizzato ai genitori.

In una seconda fase, il progetto prevede la realizzazione di un supporto informativo alle scuole per orientarle agli interventi di maggiore efficacia a favore della promozione della salute dei bambini.

Di Seguito riportiamo le conclusioni dei risultati analizzati dal primo report del progetto Okkio alla Salute del 2008. Il referente del progetto, per la ASL di Frosinone, è il Dott. Enrico Straccamore, mentre hanno collaborato: Ettore Cataldi, Vincenzo Marchelletta, Barbara Pizzuti, Bruna Rainaldi. Alcuni dei risultati per la Provincia di Frosinone sono contenuti anche nell'articolo 7.2. Attività di prevenzione dell'U.O.S. consultorio Pediatrico Dist. B.

La versione completa è scaricabile dal sito: <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0924.pdf>

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Angela Spinelli¹, Anna Lamberti^{1, 2}, Giovanni Baglio¹, Nancy Binkin¹, Alberto Perra¹, Gabriele Fontana^{1, 2}, Chiara Cattaneo¹, Barbara De Mei¹, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008

1 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

2 Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-Virologia, Università degli Studi di Milano

“OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria” è nato nell'ambito della strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di contrasto alle malattie croniche *Gaining Health*, approvata nel settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa e a cui il governo italiano ha aderito, ispirandosi ad alcuni suoi principi chiave:

- la prevenzione è un'arma efficace contro le malattie croniche e un investimento per la salute;
- i Governi, a tutti i livelli, devono impegnarsi a creare le condizioni che rendano facili e preferibili le scelte salutari, tenendo conto che i componenti nocivi (per esempio fumo, sedentarietà, dieta scorretta, abuso di alcool) favoriscono l'insorgenza di malattie;
- le persone devono essere messe in grado di utilizzare le proprie capacità (*empowered*) per promuovere la propria salute, interagire in modo efficace con i servizi sanitari ed essere partner attivi nell'affrontare le malattie;
- il diritto alla salute è universale e l'obiettivo, imprescindibile, dell'equità si raggiunge rendendo a tutti possibile l'accesso alla prevenzione e all'assistenza.

In particolare, con OKkio alla SALUTE si è cercato di sviluppare un sistema di raccolta dati nelle scuole, sostenibile nel tempo, sia per il sistema sanitario che per la scuola, ed efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica. La prima raccolta dati, avvenuta tra aprile e giugno 2008 e presentata in questo rapporto, ha fornito, in tempi brevi e a costi limitati, informazioni rappresentative su stato ponderale, alimentazione e attività fisica nei bambini italiani. Questo è stato possibile grazie all'efficiente rete di collaborazioni che si è creata fra gli operatori del mondo della scuola e della salute.

Molta importanza è stata anche data al ritorno delle informazioni a coloro che le avevano raccolte e agli strumenti per la comunicazione dei risultati a tutti gli attori di questa grande iniziativa. Questi sono requisiti essenziali di un buon sistema di sorveglianza.

A tre mesi dalla fine della raccolta dati le Regioni hanno avuto a disposizione i loro dati e un modello di report per la loro presentazione a tutti gli operatori sanitari e della scuola. Tutte le 18 Regioni partecipanti hanno preparato i propri report, consultabili sul sito internet <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp>.

Nel corso del 2009 sono stati realizzati tre strumenti di comunicazione: un report divulgativo per i dirigenti scolastici e gli insegnanti delle scuole primarie che hanno partecipato alla raccolta dei dati;

un opuscolo informativo destinato ai genitori dei bambini delle classi campionate; una scheda informativa tematica destinata ai pediatri di libera scelta.

Inizialmente i materiali sono stati proposti per una prima revisione ai Referenti Regionali di OKkio alla SALUTE. Successivamente, è stato realizzato un pre-test per valutarne l'impatto sui destinatari attraverso la somministrazione di due questionari: uno rivolto ai genitori dei bambini delle scuole primarie e uno ai pediatri. Le informazioni raccolte sulla valutazione dei contenuti, sulla veste grafica degli strumenti comunicativi e sulle modalità di diffusione degli stessi sono state fondamentali per la predisposizione dei materiali definitivi, ormai a disposizione degli operatori sanitari.

Un estratto del file nazionale dell'indagine è stato inviato all'Ufficio della Regione Europea del WHO per partecipare allo studio *European Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Il confronto con altri 15 Paesi sarà presentato all'inizio del prossimo anno.

La ripetizione dell'indagine nel 2010, e successivamente a scadenze definite, permetterà di descrivere nel tempo l'evoluzione dei fenomeni studiati. Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle iniziative di promozione della salute da intraprendere con gli "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche-degenerative, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (genitori, scuola, pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, *policy makers*, ecc). Infatti, la letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione, ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il counselling comportamentale e l'educazione nutrizionale) e, non meno importante, che abbiano una certa continuità nel tempo.

6.1.1. I risultati nel Lazio

(tratto dalla pubblicazione scaricabile su:

http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/tut_mat_inf_new/tut_mat_inf_index.php?menu=s411)

Sintesi delle conclusioni

- Nella nostra regione il sovrappeso e l'obesità nella popolazione infantile rappresentano un problema importante di salute pubblica. Il confronto con i valori di riferimento internazionali, infatti, evidenzia la loro dimensione abbastanza grave per la salute dei bambini di oggi e degli adulti di domani: 1 bambino su 4 è risultato sovrappeso e più di 1 su 10 obeso.

Nei fatti, i risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso -ed in misura sensibilmente maggiore l'obesità- già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta. In particolare, circa il 60% dei bambini e adolescenti obesi resterà tale anche in età adulta; il rischio di restare adulti obesi è aumentato se anche uno dei genitori è obeso. Seppur in proporzione ridotta anche una parte dei bambini oggi normopeso diventerà sovrappeso/obeso in età adulta contribuendo ad aumentare in tal maniera la prevalenza complessiva del sovrappeso/obesità. Di conseguenza, in presenza di una così alta prevalenza di sovrappeso-obesità ed in assenza di interventi efficaci e tempestivi, anche la prevalenza di malattia cardio-vascolare aumenterà sensibilmente nei prossimi anni, interessando sempre più frequentemente la fascia di età dei giovani adulti, con ovvi e prevedibili effetti sia sullo stato di salute dei cittadini che sulle risorse necessarie per affrontare tali complicanze.

Per cogliere segni di cambiamento nell'andamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione che verranno realizzati negli anni a venire è necessario mantenere una

sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile. OKKio alla SALUTE rappresenta una risposta a questa esigenza.

- E' dimostrata l'associazione tra sovrappeso ed obesità e stili alimentari errati. L'indagine che si è svolta nella nostra regione ha messo in luce la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso, specie se concomitanti. Questo rischio per i bambini può essere limitato da un cambiamento di abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

- I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra Regione fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 4 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Un bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica che ha mostrato deboli livelli nella nostra popolazione.

- Nella nostra regione sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi. Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi anche nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi invece ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con coetanei. Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che addirittura la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 2 di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

- Nella nostra regione è molto diffusa (1 genitore su 3) nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una percezione del proprio figlio che non coincide con la misura rilevata. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione delle madri riferita al livello di attività fisica dei propri figli: circa 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

- La letteratura indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano cioè diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno la sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. L'indagine ha permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie.

Raccomandazioni

Prima di affrontare il tema delle azioni possibili ispirate dalle conclusioni della nostra indagine dobbiamo acquisire la coscienza che non esistono soluzioni miracolo capaci di invertire bruscamente la tendenza della nostra popolazione a crescere di peso. Dobbiamo tenere conto che il sovrappeso e l'obesità sono in gran parte il risultato dell'evoluzione delle società occidentali e combatterle è un fatto di civiltà. Il problema si è sviluppato negli ultimi decenni e al momento attuale ha una inerzia importante, con un peggioramento prevedibile nei prossimi anni.

In generale, questo primo anno di attività di OKKio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative e tempestive in tempi brevi e a costi limitati. Ha creato inoltre un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e quelli della salute (in particolare i Sian e i Dipartimenti di Prevenzione) che con ottima sinergia hanno raccolto i dati sullo

stato di salute dei bambini e sulle scuole, producendo una maggiore consapevolezza della necessità di impegnarsi per la promozione della salute dei bambini e la prevenzione dell'obesità.

Sulla scorta di queste osservazioni, è opportuno che la collaborazione salute-scuola perduri nel tempo in maniera tale da assicurare la continuazione negli anni a venire della sorveglianza dei bambini nelle scuole. D'altra parte diventa essenziale la comprensione e l'analisi dei risultati dell'indagine per l'ideazione e la messa in atto di interventi volti a promuovere la salute dei bambini, integrati fra scuola e salute, efficienti e di dimostrata efficacia. La ripetizione di questa raccolta dati ogni 2 anni permetterà di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica, e ai possibili interventi intrapresi.

Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle iniziative da intraprendere con gli altri "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, policy makers, ecc).

La letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il counselling comportamentale, e l'educazione nutrizionale) e che abbiano durata pluriennale.

Fatto salvo questo aspetto fondamentale, nello specifico i risultati di questa prima indagine suggeriscono alcune raccomandazioni che possono essere dirette ai diversi gruppi di interesse.

1. Operatori sanitari

- Le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità giustificano da parte loro un'attenzione costante e regolare nei prossimi anni che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell'interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute, in particolare all'interno del mondo della scuola.
- In molte scuole esistono interventi di promozione realizzati da operatori sanitari. Tali interventi, soprattutto quelli di educazione sanitaria, devono focalizzarsi sui fattori di rischio modificabili, quali la diffusione della conoscenza sulle caratteristiche delle colazioni e merende adeguate, il tempo eccessivo passato in attività sedentarie o alla televisione, che non dovrebbe superare le 2 ore al giorno.
- Considerata la non coincidente percezione dei genitori sullo stato nutrizionale o sul livello di attività fisica dei propri figli, gli interventi proposti dovranno includere una componente diretta al counselling e all'"empowerment" dei genitori stessi.

2. Operatori scolastici

Gli studi mostrano in maniera incontrovertibile un ruolo chiave della scuola per affrontare efficacemente il problema della promozione della salute nutrizionale e dell'attività fisica dei bambini.

- Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini, già oggi oggetto di intervento da parte di alcune scuole.
- Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi da una parte sull'immagine corporea dei bambini, sull'auto-stima, sulla responsabilità personale e sul ruolo attivo (life skills) del bambino, dall'altra sull'acquisizione di conoscenze del rapporto fra nutrizione e salute individuale, della preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.
- Seppure implichi maggiori difficoltà, all'interno della scuola deve essere incoraggiata la distribuzione di almeno un pasto bilanciato al giorno che costituisce per il bambino una duplice opportunità: mangiar meglio e imparare a gustare il cibo mangiando anche nuovi alimenti.
- In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini nutrizionali più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che ne migliora la performance,

diminuendo il rischio delle grosse merende “sfasanti” di metà mattino e riducendo non solo la tendenza al sovrappeso ma anche l’ansietà e l’iperattività in alcuni di essi.

- Seppure l’indagine non abbia documentato l’accesso diretto dei bambini alle macchine distributrici di alimenti, la scuola può ridurre la distribuzione di bevande zuccherate o aderire a campagne quali “frutta snack” del Ministero della Salute e del Ministero della Pubblica Istruzione che prevede la distribuzione dei soli alimenti considerati salutari per il bambino. In tal senso anche la campagna di “5 al giorno”, ovvero 5 porzioni di frutta o verdura durante l’arco della giornata, essenziale per mantenere un adeguato livello di salute attuale e futuro, potrebbe beneficiare di un uso “salutare” delle macchinette distributrici che potrebbero distribuire alimenti sani.
- Sul fronte dell’attività fisica, è necessario che le scuole assicurino le 2 ore curricolari di effettiva attività motoria, quando possibile in giorni separati della settimana. Alcune realtà scolastiche stanno migliorando la qualità dell’attività motoria con interventi che formino anche gli insegnanti per un adeguato svolgimento dell’attività motoria dei bambini.
- Sono anche diffuse delle iniziative di promozione dell’attività motoria extra-curricolare da parte delle scuole in diversi tempi e luoghi (palestra della scuola o esterne).
- Molte scuole hanno segnalato iniziative di promozione della salute dei bambini in collaborazione con enti esterni, prevalentemente con le aziende sanitarie locali. Per ottimizzare i risultati di questi interventi bisogna favorire la partecipazione attiva dei genitori in virtù del contributo che questi possono offrire per la messa in atto in ambito familiare di ciò che i bambini apprendono a scuola in fatto di nutrizione.

3. Genitori

- I genitori dovrebbero partecipare attivamente o promuovere essi stessi la realizzazione di sessioni di informazione sulla salute nutrizionale e sull’attività fisica dei bambini.
- L’obiettivo è di acquisire strumenti conoscitivi e motivazionali per interpretare lo stato nutrizionale del bimbo, identificare i fattori di rischio per la sua crescita armonica, quale un’eccessiva sedentarietà, per la troppa televisione o addirittura per il televisore in camera, per la poca attività fisica (che per troppi bambini è ancora inferiore a 1 ora al giorno) o alcune abitudini alimentari scorrette quali il “salto” della colazione o l’eccessivo apporto calorico durante la merenda di metà mattina.
- Dovrebbero inoltre richiedere o sostenere la scuola, in quanto “luogo” privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani, e l’educazione alimentare diretta ai bimbi o anche agli stessi genitori. L’assunzione di informazione da parte dei genitori sulle attività di educazione dei bambini promosse dalla scuola permetterà di sostenere le iniziative “in famiglia” da parte dei bambini stessi, favorendo l’effetto “modellante”, ben dimostrato in letteratura, da essi esercitato sulle abitudini alimentari dei familiari.
- Infine, laddove possibile, i genitori devono incoraggiare o permettere al proprio bambino di raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta, per tutto o una parte del percorso.

4. Leaders, decisori locali e collettività

Le iniziative della scuola e delle famiglie possono riuscire solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica.

- La partecipazione anche solo alla programmazione delle iniziative della scuola può talvolta evitare ostacoli da parte di gruppi della collettività e invece ottenerne l’appoggio per la realizzazione delle iniziative scolastiche.

6.2. HBSC - Health behaviour in school aged children

6.2.1. Introduzione

I contenuti qui presentati sono estratti da due documenti: il *II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC* e la presentazione dei dati dell'ultimo rapporto presentato a Torino nel corso del Seminario organizzato dalla Regione Piemonte con i rappresentanti delle Regioni italiane (febbraio 2010).

Il background teorico di questo studio ha le sue radici nella cultura della salute di cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è fatta promotrice (WHO, 1986). Il concetto di salute deve infatti essere inteso nel senso più ampio del termine, come risorsa della vita quotidiana, e non solo come assenza di malattia. In questo senso essa comprende, oltre alla dimensione fisica, anche quelle sociali ed emozionali, che possono influenzare la prima, sia nel breve che nel lungo periodo. Un tale, ampio, concetto di salute sottintende l'adozione di un approccio multidisciplinare per la comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute che renda conto sia della sua multifattorialità che della interrelazione tra le diverse dimensioni che la compongono (Hasting Centre, 1997).

La salute è infatti influenzata da fattori ambientali e comportamentali tra loro fortemente interconnessi (Green, 1991). Riguardo i primi, la famiglia, la scuola ed il gruppo di pari sono i contesti di vita fondamentali dei ragazzi in età adolescenziale e pre-adolescenziale, ma ciascuno di questi presenta elementi fortemente problematici: il ragazzo si sta staccando dalla famiglia, raggiungendo più libertà da una parte ma essendo meno protetto dall'altra, e non avendo ancora gli strumenti per una piena autonomia. Il gruppo di amici diventa sempre più importante, così come la ricerca di relazioni affettivo-sessuali, ma sempre maggiori diventano i timori di non essere accettato, adeguato a ciò che il contesto sembra richiedere (King, 1996). La misura in cui ciascuno di questi ambienti è sano influenza fortemente la salute del giovane che vive in essi e tra di essi.

Relativamente ai fattori comportamentali, molti di questi sono i più diretti responsabili delle patologie prevalenti dei nostri tempi: fumo, alcol, sostanze stupefacenti, attività fisica, abitudini alimentari e del sonno; la misura in cui ciascuno di essi viene adottato è importante nel determinare lo stato di salute presente e futuro dei ragazzi (Allison, 1999). L'interesse è soprattutto rivolto ai determinanti di questi comportamenti: abitudini, cultura e possibilità economiche dei genitori, cultura dei ragazzi (comportamenti di "iniziazione"), atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola, sono tutti elementi che influiscono sulla scelta del ragazzo di adottare o meno un determinato comportamento (Smith, 1992).

La ricerca vuole contribuire a rispondere al bisogno di benessere delle popolazioni giovanili (pre-adolescenziali e adolescenziali) la cui mancata soddisfazione trova sovente espressione in comportamenti nocivi alla salute, quando non chiaramente devianti e antisociali (HBSC, 2002). La comprensione dei determinanti di questi comportamenti a rischio e, specularmente, dell'elaborazione di valori positivi, può contribuire alla promozione ed attuazione di politiche sociali che indirizzino verso l'adozione di comportamenti orientati ad un corretto sviluppo sanitario e psico-comportamentale.

La fascia di età compresa tra gli undici e i quindici anni costituisce una fase cruciale per il successivo sviluppo dell'individuo e rappresenta quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute. Al fine di attuare interventi adeguati, è necessario disporre di informazioni il più complete possibili sulle diverse dimensioni dell'ambiente di vita dei ragazzi, rilevate attraverso strumenti specificamente predisposti e a tale scopo è stato progettato lo studio HBSC.

6.2.2. Lo studio HBSC

Lo studio *HBSC* (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), cui l'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. Attivo dal 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e, nel corso degli

anni, ha visto il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Stati, tra cui anche alcuni Paesi extra-europei, come USA e Canada. Quest'ultima survey, relativa all'anno scolastico 2005-2006, coinvolge 41 Paesi, tra cui l'Italia che vi ha partecipato per la seconda volta. Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, Università ed Istituzioni governative coordinate da un comitato di gestione costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati. Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito <http://www.hbsc.org>. Il team italiano è composto da un responsabile nazionale che coordina i gruppi di ricerca locali, costituiti dalla Università degli Studi di Torino (Principal Investigator), Padova e Siena, e si è avvalso della collaborazione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

L'obiettivo principale del progetto è di servire come strumento di monitoraggio, ma anche di aumentare la comprensione di quei fattori e di quei processi che possono determinare outcome di salute negli adolescenti. Tali obiettivi vengono perseguiti attraverso la raccolta di dati sulla salute, sui comportamenti ad essa correlati e sui loro determinanti, tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Il disegno dello studio è trasversale con ripetizione ogni quattro anni al fine di simulare uno studio longitudinale. Dal momento che i dati italiani presentati si riferiscono ad un'unica rilevazione, il presente rapporto si limita a fotografare la situazione nazionale nel periodo considerato.

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare un campione nazionale rappresentativo della popolazione delle fasce di età considerate. Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe scolastica, selezionata secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio nazionale, fornita dal MIUR. Le classi sono state stratificate sia sulla base del grado di istruzione (scuole medie inferiori e superiori), sia secondo l'area geografica di appartenenza (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) con lo scopo di assicurare una copertura geografica nazionale che rispettasse proporzionalmente l'effettiva, differente distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in Italia, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati. La numerosità campionaria è stata calcolata in 1536 soggetti per fascia d'età al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa, del $\pm 3\%$ con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto un sovracampionamento del 10% di ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un'équipe multidisciplinare e internazionale, redatto in inglese e tradotto nelle diverse lingue dei Paesi partecipanti.

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

- dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare);
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico);
- comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, alcool e fumo).

Ai quindicenni è inoltre stato somministrato un questionario contenente domande relative all'uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale. I questionari, auto-compilati ed anonimi, sono stati somministrati nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire.

6.2.3 Descrizione del campione

In questa sezione vengono presentate le principali caratteristiche del campione italiano esaminato.

Complessivamente sono state selezionate 349 classi, il 61.3% delle quali nelle scuole medie inferiori. La rispondenza per classe (tabella 1.1) è risultata decrescere con l'aumentare dell'età, passando dal 69.7% negli undicenni al 63.0% nei quindicenni.

Relativamente alla distribuzione geografica (tabella 1.2), la rispondenza mostra invece una relativa omogeneità, con un minimo, nell'area del Sud e delle Isole (63%) ed un massimo del 73.2% nel Centro.

In totale i questionari ricevuti sono 4423 (tabella 1.3), la maggior parte dei quali proveniente dal Sud (41.7%) e dal Centro-Nord (32.9%), che rappresentano le aree italiane con la maggiore densità di popolazione delle età considerate.

In Provincia di Frosinone, nel corso dell'ultimo campionamento, sono state coinvolte 9 classi di 9 differenti scuole, per un totale di 177 studenti. Il coordinamento dell'azione è svolto dal Dott. Enrico Straccamore, referente per l'ASL di Frosinone.

6.2.4. Sintesi dei risultati: La struttura familiare

Una delle strutture sociali a subire maggiormente delle modificazioni, negli ultimi anni, è stata la famiglia. In Italia i processi di cambiamento e di trasformazione della famiglia sono meno evidenti e meno rapidi che nella maggior parte degli altri Paesi occidentali ma, nonostante questo, il parlare di "famiglie" e "strutture familiari non tradizionali" sta diventando una necessità, legata alla sempre maggior presenza di diverse aggregazioni familiari che si distinguono da quella tradizionale (composta da genitori sposati, con figli naturali) (Lanz, 1999a). Oltre alla struttura familiare tradizionale, quindi, sono sempre più frequentemente riscontrabili altre tipologie: tra quelle maggiormente indagate per la popolazione adolescenziale troviamo:

- La famiglia "monoparentale": in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore. Secondo Scabini (2000), l'espressione usata per indicare questo tipo di famiglia sarebbe adeguata solo per i casi di genitori vedovi; negli altri casi, successivi a un'unione matrimoniale o no, l'altro genitore esiste, ma viene virtualmente cancellato. Nonostante questa specificazione, la realtà dei bambini e dei giovani è di avere, in concreto, un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente secondario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.

- La famiglia "ricostituita": è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli studiosi osservano che esso è indubbiamente destinato a crescere.

Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (1990) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò comporta una serie di incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

Questi cambiamenti, a fianco di variabili che hanno a che fare con le relazioni interpersonali, hanno un forte impatto sulla vita degli individui, ed in particolar modo su quella dei giovani in via di sviluppo. Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi un lavoro sempre attuale, considerati i forti cambiamenti a cui è sottoposta.

La ricerca HBSC indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono, nella prima, e se necessario, nella seconda casa (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare.

La tabella 2.1 riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari.

Come si può notare la maggior parte delle famiglie del campione sono tradizionali: i figli vivono con entrambi i genitori. Più del 10% dei ragazzi vive però in altre tipologie familiari: la maggior parte in famiglie monogenitoriali, in cui il genitore presente è la madre, mentre circa il 3% in famiglie ricostituite con la madre ed un nuovo compagno.

Tabella 2.1: Distribuzione geografica della tipologia di famiglia tradizionale e non tradizionale

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
Famiglia tradizionale	86.04 (1288)	82.70 (636)	90.74 (1470)
Famiglia Non tradizionale			
- monogenitoriale con madre	7.62 (114)	10.79 (83)	6.05 (98)
- monogenitoriale con padre	1.07 (16)	0.91 (7)	1.17 (19)
- ricostituita con madre e patrigno	3.14 (47)	3.25 (25)	0.86 (14)
- ricostituita con padre e matrigna	0.40 (6)	0.39 (3)	0.19 (3)
- altre tipologie	1.74 (26)	1.95 (15)	0.99 (16)
Totale	100.00 (1497)	100.00 (769)	100.00 (1620)

Altro fenomeno che la letteratura segnala in cambiamento è quello della minor presenza di famiglie allargate (dove oltre ai genitori sono presenti altri parenti, solitamente anziani): anche in questo caso riscontriamo una diversa distribuzione lungo il territorio nazionale con una maggiore diffusione al centro ed al sud (dove superano il 20% del totale), e minore al nord (tab. 2.2).

Tabella 2.2: Distribuzione geografica della famiglia suddivisa tra allargata e non

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
Famiglia non allargata	82.56 (1236)	78.02 (769)	79.57 (1331)
Famiglia allargata			
- con nonni	8.48 (127)	9.88 (76)	9.32 (151)
- con nonni e altri parenti	0.07 (1)	0.13 (1)	0.19 (3)
- con nonna	6.88 (103)	7.88 (76)	9.07 (147)
- con nonno	1.47 (22)	1.56 (12)	1.54 (3)
- con altri parenti	0.53 (8)	0.52 (4)	0.31 (5)
Totale	100.00 (1497)	100.00 (769)	100.00 (1620)

Le figure che più spesso convivono con il nucleo familiare sono i nonni.

Un ulteriore cambiamento delle famiglie italiane, come evidenziato precedentemente, riguarda il basso tasso di natalità, che ha portato negli ultimi anni ad avere famiglie sempre meno numerose. Tale fenomeno viene evidenziato anche dai dati a nostra disposizione: la maggior parte del campione (più del 50%) ha un solo fratello o sorella mentre molto rari sono i ragazzi che dichiarano di avere 3 o più fratelli.

Le differenze per area geografica emergono come marcate: al centro ed al nord sono il 22% i figli unici, mentre al Sud tale percentuale risulta essere molto inferiore (11%). E' sempre al Sud che sono più presenti le famiglie numerose, con 3 o più figli (36%) (tab. 2.3).

Tabella 2.3: Numero di fratelli e sorelle, per area geografica

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
zero fratelli, zero sorelle	22.04 (331)	22.57 (174)	11.88 (194)
1 fratello o sorella	55.73 (837)	53.44 (412)	51.87 (847)
2 fratelli o sorelle	16.44 (247)	18.42 (142)	26.82 (438)
3 o più fratelli o sorelle	5.79 (87)	5.57 (43)	9.43 (154)
Totale	100.00 (1502)	100.00 (771)	100.00 (1633)

6.2.5 Le relazioni genitori-figli

Secondo il *Primo rapporto sulla famiglia in Italia* e nei successivi (Donati, 1989-1995), i cambiamenti strutturali non possono da soli giustificare certi aspetti delle trasformazioni della famiglia, che sono invece da ricondursi soprattutto a un mutato quadro di riferimenti valoriali e psicologici di portata sociale.

Negli ultimi anni il rapporto genitori-figli si è affinato soprattutto dal punto di vista della comunicazione (si parla molto di più, si comunicano i propri bisogni, si esprimono le motivazioni, i desideri e s'incoraggiano i figli a farlo offrendo loro il modello di come "ci si parla"). Ma si è sempre meno capaci di fornire anche modelli normativi di comportamento: ossia c'è stato - in reazione ai precedenti tipi di educazione autoritaria - un vero e proprio "ribaltamento del modello normativo in un modello comunicazionale". Così l'educazione dei figli viene a impostarsi essenzialmente sull'asse di un'etica dell'autorealizzazione, a spese di un'etica della responsabilizzazione (Lanz, 1999 a; 1999 b; Claes, 2005).

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli. E' stato dimostrato come una positiva comunicazione, indice di sostegno fornito dai genitori, possa svolgere una funzione protettiva rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (Field, 2001), a comportamenti antisociali (Ardelt e Day, 2002; Garnefski, 2000), alla scarsa autostima (Lanz, 1999 a), a problemi scolastici (Glaskow, 1997). Tale aspetto dovrebbe però essere controbilanciato da un certo controllo/autorità sulla vita dei figli per risultare adattivo (Baumrid, 1991).

Una delle domande del questionario, chiedeva ai ragazzi di valutare, su una scala a 4 punti (da molto facile a molto difficile) la comunicazione, relativa a problemi che li preoccupavano, con diverse figure: genitori, amici, fratelli.

Considerando la qualità della comunicazione all'interno della famiglia, si può inizialmente sottolineare come la comunicazione con entrambi i genitori tenda a diventare più difficile all'aumentare dell'età. In generale però parlare con la madre appare più facile rispetto al parlare con il padre (tab. 2.4; fig. 2.3).

Se si prende in considerazione il genere dei ragazzi, è risultato vi siano differenze significative per quanto riguarda il padre: le ragazze hanno molta più difficoltà ad aprirsi con lui, mentre non ne emergono per quanto riguarda la madre, che rimane la fonte privilegiata di sostegno, sia per i ragazzi che per le ragazze.

Tabella 2.4: “Quanto è facile per te parlare con tuo padre/ tua madre di cose che ti preoccupano veramente?”

	Madre			Padre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	52.10 (633)	37.50 (509)	26.60 (327)	29.20 (365)	15.90 (219)	10.10 (125)
Facile	34.20 (418)	40.90 (555)	44.90 (553)	38.40 (481)	39.90 (548)	36.40 (452)
Difficile	8.30 (101)	15.40 (209)	20.30 (250)	20.80 (260)	27.60 (378)	33.20 (413)
Molto difficile	4.20 (51)	4.70 (64)	6.70 (82)	8.60 (108)	13.00 (179)	16.40 (204)
Non ho o non vedo questa persona	1.20 (15)	1.50 (20)	1.50 (19)	3.00 (37)	3.60 (50)	3.90 (49)
Totale	100.00 (1218)	100.00 (1357)	100.00 (1231)	100.00 (1276)	100.00 (1374)	100.00 (1243)

6.2.6 Il gruppo dei pari

La ricerca psicologica ha evidenziato il ruolo fondamentale delle relazioni tra pari durante l'intero ciclo di vita ed in particolare in adolescenza (Cattellino, 1999), periodo in cui si assiste ad una fondamentale evoluzione dei rapporti di amicizia che conoscono una nuova era e delle nuove regole. La scelta dell'amico si trasforma dall'utilizzo di criteri pragmatici e di circostanza, a valutazioni affettive e cognitive, ed i rapporti con esso si fanno sempre più stabili ed intimi (Hartup, 1993). Il gruppo dei coetanei si afferma quindi sempre più come punto di riferimento per il preadolescente che inizia a cercare al di fuori della famiglia sostegno sociale ed affettivo (Gullotta, 2000).

Di fronte al disagio per i repentini cambiamenti che tale periodo comporta, l'intimità condivisa e l'ambiente supportivo che l'amicizia crea possono concorrere sotto molteplici aspetti al benessere psicologico di ragazzi e ragazze; è stato infatti dimostrato come in preadolescenza i soggetti con molti amici siano quelli che si mostrano più competenti nelle relazioni interpersonali e che presentano una maggiore autostima, oltre che minori sintomi di ansia e depressione (Field, 2001; Hartup, 1995; Urberg, 1995), una migliore considerazione di sé (Dekovic e Meeus, 1997) e un più spiccato ottimismo (Glaskow, 1997).

Oltre ai fattori strutturali, legati al numero di amici, importanti risultano anche le occasioni di ritrovo, che assumono significati diversi rispetto alle età precedenti e si collegano a maggior autonomia ed indipendenza per i ragazzi (Hartup, 1995), e la qualità, come nel caso dei genitori, della comunicazione che si ha con loro (Gullotta, 2000). Sentirsi sostenuti dagli amici in modo efficace limita la messa in atto di comportamenti scorretti (Griffin, 2000), la comparsa di problemi psico-sociali (Urberg, 1995; Field, 2002), e si associa a maggiori livelli di benessere generale (Dekovic e Meeus, 1997).

Secondo i dati raccolti dalla ricerca HBSC il migliore amico è quindi ancora una figura rilevante per i ragazzi italiani, tant'è che più di metà del campione dichiara di parlare facilmente (“facile” e “molto facile”) con il proprio migliore amico di cose che preoccupano veramente. Questo aspetto della vita relazionale dell'adolescente acquista una importanza sempre maggiore all'aumentare dell'età, per cui a 15 anni quasi il 60% dei ragazzi dichiara essere molto facile parlare con il migliore amico (tab. 2.5).

Tabella 2.5: “Quanto è facile per te parlare con il tuo migliore amico di cose che ti preoccupano veramente?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	49.00 (587)	55.10 (736)	57.00 (681)
Facile	35.20 (421)	33.30 (445)	33.40 (400)
Difficile	7.90 (95)	7.00 (94)	5.40 (64)
Molto difficile	5.20 (62)	2.30 (31)	1.50 (18)
Non ho o non vedo questa persona	2.70 (32)	2.30 (31)	2.70 (32)
Totale	100.00 (1197)	100.00 (1337)	100.00 (1195)

Se confrontiamo tali dati con quelli precedentemente ottenuti con i genitori, ci rendiamo conto come, da una parte, parlare con il migliore amico sia nettamente più facile rispetto al confidarsi con i genitori, dall'altra un andamento inverso rispetto all'età, quasi a sostenere la tesi di un passaggio, nella ricerca di sostegno emotivo, dalla famiglia al gruppo dei pari.

Oltre a queste indicazioni più relazionali, il questionario ci permette di indagare anche aspetti strutturali del gruppo dei pari (numero di amici, tempo trascorso con loro). La rete amicale e la quantità di tempo trascorsa con gli amici, sono due importanti indicatori spesso utilizzati nello studio dei contesti sociali dell'adolescente. La rete amicale sta ad indicare l'insieme delle relazioni interpersonali che un individuo intrattiene con le persone significative appartenenti ai suoi contesti di vita principali (il vicinato, la scuola, la parrocchia, ecc.). Le persone significative per gli adolescenti sono quelle che li influenzano nelle loro scelte, nelle loro decisioni e nei loro valori, quelle persone alle quali si sentono affezionati, e quelle che ammirano e alle quali vorrebbero assomigliare (Pierro, 1996).

In questa ricerca si è voluto indagare l'ampiezza delle rete amicale chiedendo ai ragazzi di indicare quanti veri amici ritengono di avere. Considerato che gli amici dello stesso sesso costituiscono la categoria di persone più frequentemente citata dagli adolescenti che descrivono il loro entourage di amici (Blyth, 1982) si ritiene rilevante indicare la quantità di veri amici di sesso maschile per il gruppo dei maschi, e la quantità di veri amici di sesso femminile per il gruppo delle femmine.

Già dalla risposta alla domanda sulla comunicazione si potevano trarre alcune informazioni strutturali: circa il 2,5% del campione dichiarava infatti di non avere un migliore amico.

In tabella 2.6 sono presentate le frequenze relative alla percezione di veri amici dello stesso sesso per i maschi, mentre in tabella 2.7 troviamo le frequenze relative alla percezione di veri amici dello stesso sesso per quanto riguarda le femmine.

In generale si nota, sia nei maschi che nelle femmine, una frequenza maggiore di coloro che dichiarano di avere da tre a più veri amici; frequenza che sembra diminuire all'aumentare dell'età in entrambi i sessi, mentre aumenta la percentuale di coloro che dichiara di avere “Nessun” vero amico. Quest'ultimo dato rimane comunque limitato a poco più del 4% di quindicenni.

Tabella 2.6: “Quanti veri amici maschi hai?”, nei maschi

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	1.67 (11)	2.62 (18)	4.40 (28)
Uno	6.09 (40)	6.65 (46)	8.03 (51)
Due	9.29 (61)	11.57 (80)	14.33 (91)
Tre o Più	82.95 (544)	79.16 (547)	73.24 (465)
Totale	100.00 (656)	100.00 (691)	100.00 (635)

La tendenza a diminuire del numero di relazioni significative con il crescere dell'età sembra essere comunque compensata da un incremento, a livello qualitativo, dell'intensità delle singole relazioni (cfr. fig. 2.4). In tabella 2.7 sono presentate le percentuali di giovani che dichiarano di avere due o più amici veri dello stesso sesso.

Tabella 2.7: “Quanti vere amiche femmine hai?”, nelle femmine

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	1.95 (12)	1.71 (12)	2.58 (16)
Uno	10.40 (64)	12.46 (87)	14.70 (91)
Due	10.73 (66)	16.77 (117)	22.46 (139)
Tre o Più	76.92 (473)	69.06 (482)	60.26 (373)
Totale	100.00 (615)	100.00 (698)	100.00 (619)

La quantità di tempo trascorso con gli amici è un indicatore utile per comprendere il livello di investimento che l'adolescente assume nei confronti dei pari (Bonino e Cattelino, 1999). In particolare viene spesso inteso come fattore di rischio per cui, trascorrere molto tempo con gli amici soprattutto in contesti dove manca la supervisione degli adulti, sembra essere legato ad una più frequente messa in atto di comportamenti poco salutari come bere alcolici, fumare o alla sperimentazione di droghe (Pettit, 1999).

Dal nostro campione risulta che all'incirca solo l'8% dei ragazzi non si incontra mai con gli amici, mentre un ragazzo su tre dichiara di trascorrere con i coetanei almeno tutti i pomeriggi. Questo dato sembra non distinguersi per fascia di età, evidenziando profili che si sovrappongono lungo le varie modalità di risposta (tab. 2.10; fig. 2.7).

Tabella 2.10: “Di solito quanti pomeriggi a settimana esci con i tuoi amici?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	8.99 (114)	8.79 (122)	7.23 (91)
Un giorno	9.93 (126)	7.71 (107)	8.89 (112)
Due giorni	13.80 (175)	13.62 (189)	15.33 (193)
Tre giorni	13.80 (175)	15.86 (220)	15.48 (195)
Quattro Giorni	12.54 (159)	12.47 (173)	12.86 (162)
Cinque Giorni	10.34 (131)	12.62 (175)	8.66 (109)
Sei giorni o più	30.60 (388)	28.93 (401)	31.55 (397)
Totale	100.00 (1268)	100.00 (1387)	100.00 (1259)

L'amicizia e la qualità delle relazioni tra coetanei hanno quindi bisogno di tempo da condividere per essere coltivate e continuamente arricchite, e certamente la nuova era della telecomunicazione in atto ormai da diversi anni, ha facilitato contatti più frequenti adattandosi sempre più alle esigenze di intimità e di risparmio dei ragazzi. Tuttavia la comunicazione tramite i media non sempre viene utilizzata solo a sostegno della continuità e intensità dei rapporti di amicizia, ma contribuisce in molti casi alla costruzione di forme di comunicazione che influenzano a loro volta le regole della relazione stessa determinando configurazioni che non sarebbero possibili in altro modo. La comunicazione con SMS, e- mail, o altro diviene quindi, molto spesso, una forma di relazione vera e propria.

Interessante appare dunque il dato che vede un utilizzo quotidiano di tali strumenti (tab. 2.12) per circa la metà dei tredicenni e quindicenni, insieme al riscontro di un forte aumento percentuale dell'utilizzo quotidiano lungo le tre fasce di età considerate.

Tabella 2.12: “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai, raramente	29.52 (377)	14.66 (205)	9.80 (124)
1 o 2 giorni per settimana	21.22 (271)	15.66 (219)	10.51 (133)
3 o 4 giorni per settimana	15.19 (194)	13.51 (189)	12.80 (162)
5 o 6 giorni per settimana	10.64 (136)	12.01 (168)	11.85 (150)
Tutti i giorni	23.41 (299)	44.13 (617)	55.01 (696)
Totale	100.00 (1277)	100.00 (1398)	100.00 (1265)

6.2.7 Conclusioni

La famiglia e i coetanei sono considerati due dei più importanti contesti di vita dell'adolescente, nei quali nascono e si sviluppano specifici fattori di rischio e di protezione che influiscono sui comportamenti legati alla salute e il benessere generale. Considerando la famiglia a livello strutturale la tipologia più diffusa risulta quella tradizionale, con la coabitazione di entrambi i genitori, ma circa il 10% del campione vive in famiglie atipiche. Tre quarti del campione è figlio unico o ha un solo fratello. Circa il 20% vive con un altro parente (soprattutto nonni) oltre ai genitori. Interessante notare come al sud siano più presenti famiglie tipiche, allargate, e con un numero maggiore di figli, rispetto alle altre parti d'Italia.

Considerando la comunicazione con i genitori come indicatore di qualità della relazione genitori-figli, si può notare come parlare con la madre sia più semplice, mentre parlare con il padre risulti più complesso, soprattutto per le ragazze che vivono al sud. In generale la comunicazione con entrambi i genitori diventa più ardua al crescere dell'età. Le percentuali di coloro che indicano di considerare difficile confidarsi con la madre variano dal 12% al 28% in base all'età, mentre per il padre la percentuale passa dal 28% al 50% circa.

Per quanto riguarda i coetanei, la ricerca HBSC ha evidenziato come sia ancora molto diffusa la figura del migliore amico come principale fonte di sostegno soprattutto per i quindicenni, e in particolare le ragazze. Il diminuire, quindi, dell'apertura verso i genitori, potrebbe essere compensata da una maggiore apertura nei confronti degli amici, e in particolare per le femmine, con uno o due amici confidenti. Gli amici diventano quindi un centrale contesto di riferimento e solo pochi (dall'1,7% a 11 anni, al 4,4% a 15 anni) dichiarano di non avere amici. Sono più frequenti gli amici dello stesso sesso.

Con gli amici i giovani escono spesso, soprattutto di pomeriggio, ma anche di sera, e comunicano con loro utilizzando le nuove tecnologie. La presenza di buone relazioni amicali e di una attiva vita sociale deve essere considerata in termini positivi, sebbene non si approfondisca la tipologia di amici con cui si intrattengono queste relazioni. Come facilmente intuibile avere buoni e frequenti rapporti con pari motivati, comprensivi, attivi e positivi ha una valenza nettamente più positiva rispetto ad intrattenere relazioni con soggetti che mettono in atto comportamenti a rischio, che fungono da modelli negativi di comportamento e utilizzano modalità aggressive o antisociali.

Genitori ed amici sembrano quasi "passarsi il testimone" in preadolescenza: sebbene sia normale e naturale intrattenere relazioni migliori con i pari e sviluppare conflittualità e difficoltà con gli adulti, il ruolo dei genitori non è da sottovalutare. Una corretta comunicazione con tali figure è infatti risultato maggiormente protettivo per le scelte comportamentali e il benessere giovanile, rispetto al legame con i pari (Dallago e Santinello, 2006; Santinello, 2005). La relazione con i genitori, sebbene più complessa e maggiormente gestita da entrambe le parti rispetto ad età precedenti, ha un ruolo fondamentale in un momento di crescita spesso costellato da dubbi, difficoltà e incertezze.

Incrementare la capacità di ascoltare e di motivare i giovani a confrontarsi con persone con un'età diversa dalla loro diventa una sfida che nell'epoca del "modello comunicazionale" di famiglia risulta ancora più importante. I giovani hanno bisogno di confrontarsi con i genitori, di sapere che su di loro possono contare senza venire giudicati.

6.2.8 L'Ambiente scolastico

In adolescenza, risulta fondamentale l'influenza del contesto scolastico, in quanto contesto sociale prossimale in cui l'adolescente passa buona parte della propria quotidianità. Il contesto scolastico, infatti, è in grado di supportare l'individuo nel suo percorso di crescita, di fornire sostegno sociale (soprattutto grazie alle relazioni con i pari e con gli insegnanti), di favorire nell'adolescente competenza, autonomia e coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e supportivo è in grado di stimolare l'indipendenza del ragazzo e la sua e la partecipazione ai processi decisionali (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007).

Il coinvolgimento e il legame con la scuola sta ricevendo sempre più attenzione in letteratura internazionale (Fredericks, 2004), infatti, le caratteristiche della scuola (struttura, composizione e clima) sono in grado di influenzare il benessere dell'adolescente, le caratteristiche del gruppo dei pari che frequenta e la partecipazione alle diverse attività scolastiche (Crosnoe e Needham, 2004).

Inoltre, il senso di appartenenza alla propria scuola si associa ad una serie di importanti elementi motivazionali, di atteggiamento e comportamentali che sono alla base non solo del successo scolastico, ma anche del benessere bio-psico-sociale dei ragazzi (Vieno, 2005).

Nello specifico, il senso di appartenenza alla comunità scolastica risulta essere associato ad un maggior benessere emozionale, motivazione intrinseca, comportamenti prosociali, impegno, coinvolgimento e successo scolastico (Osterman, 2000). La scuola può quindi essere un contesto

positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale sia relativamente ai comportamenti legati alla salute.

Recenti ricerche (Carter, 2007) hanno dimostrato come in adolescenza anche il contesto scolastico (oltre al contesto familiare e dei pari, cfr. cap. 2) possa contribuire in modo significativo nella promozione di comportamenti legati alla salute. La percezione di un contesto scolastico positivo favorisce infatti una minor frequentazione di pari devianti ed è in grado di moderare gli effetti negativi di condizioni socio-familiari sfavorevoli. (Dishion, 1991).

Obiettivo di questo capitolo è approfondire la percezione del contesto scolastico attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai ragazzi ad alcuni item relativi al loro rapporto con gli insegnanti, con i compagni di classe e con la scuola in generale.

6.2.9 Rapporto con gli insegnanti

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata come una delle componenti che più contribuiscono all'adattamento scolastico dell'adolescente (Pianta e Stuhlman, 2004). Una relazione positiva con gli insegnanti è associata con un maggior utilizzo di comportamenti di *coping* attivo a scuola (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007), è predittiva della motivazione in classe, così come dell'adattamento comportamentale e scolastico (Hamre e Pianta, 2001). Alcuni studi longitudinali (Skinner, 1998) dimostrano inoltre come la percezione di calore e empatia degli insegnanti sia associata alla percezione che l'alunno ha della propria competenza all'interno del gruppo classe.

Il rapporto con gli insegnanti inoltre influenza il successo scolastico (Graziano, 2007) e può essere un'importante fonte di sostegno (offrendo incoraggiamento, e fiducia) nei momenti di crescita e di cambiamento.

Alcuni studi (Graziano, 2007) hanno inoltre esaminato come, la qualità del rapporto con gli insegnanti, influisca sul comportamento in classe: una relazione positiva, caratterizzata da calore e vicinanza emotiva, diminuisce il numero di comportamenti aggressivi (Hughes, 1999; Pianta e Niemetz, 1991), ed è un fattore protettivo per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitando l'accettazione da parte dei compagni di classe (White e Jones, 2000).

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato loro chiesto "Cosa ne pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico?" (modalità di risposta da "Molto buono" a "Al di sotto della media") e di indicare il grado di accordo con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto" (modalità di risposta da "Sono molto d'accordo" a "Non sono per niente d'accordo").

In Tabella 3.1 sono presentate le risposte fornite dai ragazzi alla domanda "Cosa ne pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico?" divise per età. I dati evidenziano come siano soprattutto i ragazzi più giovani (62,7% dei ragazzi di 11 anni) a credere che gli insegnanti abbiano una percezione positiva -buona o molto buona- del loro andamento scolastico contro il 52,5% dei ragazzi di 13 anni ed il 46,4% dei ragazzi di 15 anni. Con il crescere dell'età aumenta la percentuale di ragazzi che rispondono "nella media" o "al di sotto della media".

Tabella 3.1: “Secondo te, cosa ne pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico (paragonato a quello dei tuoi compagni)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto buono	21.20 (271)	20.60 (287)	12.70 (160)
Buono	41.50 (529)	31.90 (445)	33.70 (423)
Nella media	30.10 (384)	36.70 (511)	42.60 (535)
Al di sotto della media	7.20 (92)	10.80 (150)	10.90 (137)
Totale	100.00 (1771)	100.00 (1720)	100.00 (1672)

Per quanto riguarda la differenza per sesso si può notare come siano soprattutto le femmine a dichiarare che gli insegnanti percepiscono il loro rendimento scolastico come “buono” o “molto buono”. Non emergono invece differenze significative in base all’area geografica di appartenenza. Per quanto riguarda la percezione di essere trattati in modo giusto dagli insegnanti (tab. 3.2), meno della metà del campione (45,16 %) sostiene di sentirsi trattato in modo equo. Sono soprattutto i maschi ad essere “d’accordo” o “molto d’accordo” con questa affermazione (49,4% dei maschi, 40,7% delle femmine).

Tabella 3.2: Grado di accordo dichiarato con l’affermazione “I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto”. Solo quindicenni

	Maschi (N)	Femmine (N)
Sono molto d’accordo	12.40 (78)	10.50 (66)
Sono d’accordo	37.00 (232)	30.20 (189)
Né d’accordo né in disaccordo	27.90 (175)	34.70 (217)
Non sono d’accordo	13.70 (86)	19.00 (119)
Non sono per niente d’accordo	8.90 (56)	5.60 (35)
Totale	100.00 (627)	100.00 (626)

6.1.10 Rapporto con i compagni di classe

Il setting dei pari all’interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell’adolescente (Barth, 2004, Goodenow, 1993). Questo sistema relazionale sembra catalizzare il coinvolgimento o la disaffezione degli studenti dalle attività scolastiche (Lubbers, 2006), e conseguentemente influenzare la motivazione al raggiungimento di buoni risultati scolastici. Esiste infatti un legame significativo tra relazioni con i coetanei e risultati scolastici.

Gli studenti che hanno carenti relazioni con i compagni di classe tendono ad avere voti peggiori (Wentzel, 2003, Zettergren, 2003), minor successo scolastico (Buhs, 2006), un maggior numero di assenze (Fredricks, 2004) ed un maggior rischio di drop out (Jimerson, 2000).

Al contrario avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (Wentzel e Caldwell, 1997), favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l’impegno scolastico (Wentzel, 2003).

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado di accordo con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", (modalità di risposta da "Sono molto d'accordo" a "Non sono per niente d'accordo").

In tabella 3.3 sono riportate le percentuali di risposta fornite dai ragazzi divise per età. La maggioranza del campione dichiara di sentirsi accettato dai coetanei (il 75,8% dei ragazzi risponde "molto d'accordo" o "d'accordo"). Sono soprattutto i ragazzi di 11 anni (79,5%) a sentirsi maggiormente accettati per quello che sono dai compagni di classe rispetto ai ragazzi di 13 (73,9%) e 15 anni (74,3%).

Osservando la suddivisione per sesso (fig. 3.3), è possibile riscontrare come siano soprattutto i maschi a sentirsi accettati dai coetanei indipendentemente dall'età. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di ragazze che si sente accettata dai pari è maggiore a 11 anni (77,1%) e decresce a 13 e a 15 anni (rispettivamente 68,9% e 70%).

Se la maggior parte dei maschi si sente accettato dai coetanei, indipendentemente dalla variabile età, per quanto riguarda le femmine sembra che siano soprattutto le ragazze di prima media a sentirsi accettate, mentre le ragazze più grandi percepiscono maggiori difficoltà.

Tabella 3.3: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sono molto d'accordo	45.00 (570)	35.40 (490)	24.90 (312)
Sono d'accordo	34.50 (437)	38.50 (533)	49.40 (618)
Né d'accordo né in disaccordo	13.30 (168)	15.60 (216)	15.70 (196)
Non sono d'accordo	3.90 (49)	5.90 (82)	7.70 (84)
Non sono per niente d'accordo	3.30 (42)	4.70 (65)	3.40 (42)
Totale	100.00 (1266)	100.00 (1386)	100.00 (1252)

6.2.11 Il rapporto con la scuola

Essendo la scuola uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata, è importante considerare le relazioni che l'adolescente ha con i diversi attori del contesto scolastico (soprattutto insegnanti e pari), ma anche con il "contesto scuola" complessivamente. I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente a rischio per quanto riguarda l'insorgenza di problematiche emozionali, comportamentali (Bennett, 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi, 2003). Inoltre, da una recente ricerca di Carter (2007), emerge come i ragazzi che hanno un elevato legame e coinvolgimento scolastico attuino meno frequentemente comportamenti a rischio per la salute, evidenziando come il legame verso il contesto scolastico possa avere una forte influenza sui comportamenti a rischio.

Anche l'impostazione di un clima scolastico basato su valori di democrazia espressione e condivisione di norme contribuisce a sviluppare negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e grupppale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità di esprimere il proprio punto di vista e di vederlo valorizzato all'interno del gruppo classe può facilitare negli studenti l'accettazione dell'altro, oltre a sviluppare nei ragazzi la percezione del setting scolastico come ambiente supportivo e accettante (Vieno, 2005).

In questa ricerca, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato attraverso due item: "Cosa ne pensi della scuola?" e "Quanto ti senti stressato per tutto il lavoro che devi fare a scuola?".

In Tabella 3.4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola divise per età. Dalle percentuali è possibile riscontrare come la scuola piaccia soprattutto ai ragazzi

di 11 anni e come all'aumentare dell'età diminuisca il piacere per la scuola. Sono soprattutto i ragazzi di terza media (rispetto a quelli di 11 e 15 anni) a dichiarare un minor piacere per la scuola.

Tabella 3.4: “Attualmente cosa ne pensi della scuola?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	21.30 (273)	8.60 (120)	8.80 (111)
Mi piace abbastanza	47.60 (610)	42.30 (590)	49.5 (622)
Non mi piace tanto	22.50 (288)	33.30 (464)	30.60 (385)
Non mi piace per niente	8.60 (110)	15.80 (220)	11.10 (139)
Totale	100.00 (1281)	100.00 (1394)	100.00 (1257)

Considerando la variabile sesso (fig. 3.4), la scuola piace di più alle femmine (62,9% del campione complessivo) rispetto ai maschi (55,5% del campione complessivo). Inoltre, al crescere dell'età diminuisce il piacere per la scuola e si riducono le differenze di genere.

Per quanto riguarda la differenza per aree geografiche (fig. 3.5), si può notare come la scuola sia maggiormente apprezzata dai ragazzi del Nord rispetto ai coetanei del Centro e del Sud, e come nel Centro Italia la differenza tra maschi e femmine tenda a scomparire.

Per quanto concerne lo stress a causa del lavoro scolastico (tab. 3.5), questa percezione aumenta con il crescere dell'età. Sono soprattutto i ragazzi di 15 anni a sentirsi stressati per il carico scolastico.

Tabella 3.5: “Quanto ti senti stressato per tutto il lavoro che devi fare a scuola?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Per niente	13.60 (173)	8.30 (113)	6.40 (79)
Un po'	49.60 (632)	44.20 (600)	49.5 (407)
Abbastanza	23.00 (293)	30.80 (418)	33.70 (414)
Molto	13.80 (176)	16.60 (225)	26.70 (327)
Totale	100.00 (1274)	100.00 (1356)	100.00 (1227)

Considerando le differenze in base al sesso, se a 11 anni sono soprattutto i maschi a sentirsi stressati, con la crescita si attenuano le differenze di genere, per portare ad un'inversione di tendenza a 15 anni, età in cui è maggiore il numero delle femmine che si sente stressato dalla scuola.

6.2.12 Bullismo

Uno dei fenomeni che negli ultimi tempi sta suscitando sempre maggior attenzione da parte del mondo degli adulti e dei mass media è il fenomeno del bullismo. Sebbene tale problema sia sempre esistito nelle scuole, in questi ultimi mesi sta tornando alla ribalta sia per le nuove forme con cui si esplica (uso di telefonino, internet), sia per la gravità (forti estorsioni di denaro, gravi danni fisici), sia per l'exasperazione delle conseguenze (suicidio, depressione).

Il termine bullismo è stato adottato dalla letteratura psicologica internazionale per definire una specifica modalità relazionale nella quale uno dei protagonisti dell'interazione (il bullo), avvalendosi della propria superiorità (fisica, di status, ecc.), si trova nelle condizioni di prevaricare l'altro (la vittima) in modo intenzionale, persistente e strumentale (Olweus, 1979). La peculiare matrice relazionale che sottende tale fenomeno si esplica in tre criteri, divenuti progressivamente centrali nella letteratura internazionale per connotare il tipo di relazione che lega il bullo alla sua vittima (Menesini, 2000; Olweus, 1996): intenzionalità, persistenza e disequilibrio. Tale prevaricazione può assumere diverse forme: attacchi fisici, verbali o indiretti.

Il bullismo si configura come un fenomeno multidimensionale, strettamente connesso alle caratteristiche relazionali e strutturali dei contesti entro i quali si esplica: la scuola e il gruppo-classe. Fonzi (1999) elenca sette correlati/variabili, che incidono sul fenomeno in questione, in misura diversa a seconda della situazione e dei soggetti coinvolti:

L'età: alcuni studi (Fonzi, 1997; Menesini e Nocentini, 2003) dimostrano che vi è un incremento del fenomeno in questione fino agli otto anni circa e poi un progressivo decremento, che si rivela con una netta diminuzione nel passaggio dalla scuola primaria alla secondaria. Sebbene tali atti diventino meno frequenti col passare del tempo, la gravità degli stessi sembra accentuarsi.

Il sesso: il bullismo sembrava essere un fenomeno diffuso prevalentemente nel genere maschile, ma i dati degli ultimi anni rivelano una crescente diffusione di atteggiamenti prepotenti anche nel sesso femminile (quasi sempre agito verso altre femmine).

La classe sociale: i fenomeni di bullismo sono meno presenti in ragazzi delle classi medio-alte. In Italia tale relazione è meno accentuata: sull'ampiezza del fenomeno sembra influire, più che la classe sociale di appartenenza o il livello economico, *l'ambiente ecologico*, cioè il quartiere e la zona ecologica della città in cui gli individui vivono.

La famiglia: si è indagato molto sulle relazioni familiari e sul clima educativo dei genitori, evidenziando come i figli di genitori autorevoli siano meno di frequente bulli. Gli studi sulle vittime evidenziano come questi studenti siano indeboliti nella propria autostima dagli atteggiamenti iperprotettivi agiti dai genitori e da un nucleo familiare troppo coeso.

La dinamica della classe: in alcune classi l'atmosfera è tale per cui si creano alcuni meccanismi favorevoli al bullismo quali: l'indebolimento del controllo o delle inibizioni nei confronti delle tendenze aggressive, la diffusione di responsabilità e gradualmente cambiamenti cognitivi nella percezione della vittima, che appare sempre più meritevole di vessazioni, il silenzio e la poca solidarietà nei confronti dell'altro.

La cultura: nella cultura italiana sembra che alcuni tipi di bullismo siano più tollerati che in altre culture occidentali. In Italia è ben accetto ridere o prendersi gioco degli altri, è un modo di agire e di fare umorismo diffuso tra coetanei.

La personalità: i bulli e le vittime sembrano entrambi accomunati da un "analfabetismo emotivo e sociocognitivo", appaiono socialmente poco abili, ma si muovono in direzioni opposte che non si incontrano mai. Hanno un eguale numero di amici, ma gli uni dirigono le loro preferenze verso compagni a loro volta prepotenti, mentre gli altri verso amici che condividono lo stesso status di vittima, rinforzando così reciprocamente le loro diverse posizioni.

Considerando brevemente le ricadute di tali azioni, è stato evidenziato come gli aggressori tendono a diventare adolescenti isolati, con difficoltà relazionali talvolta anche gravi, mentre le vittime tendono, nei casi più gravi, a breve termine, all'abbandono scolastico, alla depressione e, talvolta, al suicidio (Fonzi, 1997; Gini, 2005), a lungo termine a mantenere una bassa autostima e sintomi depressivi (Olweus, 1993; Menesini, 2003, 2000).

In questa ricerca, il tema del bullismo è stato approfondito chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo e con quale frequenza avessero attuato atti di bullismo verso altri coetanei, negli ultimi mesi. Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se avessero mai subito atti di bullismo o al contrario dato fastidio ai compagni attraverso il telefono cellulare. Tutti e quattro gli item hanno una modalità di risposta a cinque punti da "Mai" a "Più volte alla settimana".

La maggioranza degli studenti, indipendentemente dall'età, riferisce di non aver mai subito atti di bullismo (tabella 3.6). Tra i ragazzi che dichiarano di averne subito (almeno due volte nell'ultimo paio di mesi) si osserva una diminuzione del fenomeno con il crescere dell'età (l'11,7% dei ragazzi di 11 anni; l'8,6% dei ragazzi di 13 anni e il 4,9% dei ragazzi di 15 anni).

Tabella 3.6: “Quante volte hai subito atti di bullismo a scuola nell'ultimo paio di mesi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	70.10 (893)	77.80 (1085)	85.20 (1065)
Una volta o due	18.20 (232)	13.60 (190)	9.80 (123)
2 o 3 volte al mese	4.10 (52)	3.10 (43)	2.00 (25)
Una volta alla settimana	3.10 (39)	1.90 (26)	1.00 (13)
Più volte alla settimana	4.50 (57)	3.60 (50)	1.90 (24)
Totale	100.00 (1273)	100.00 (1394)	100.00 (1250)

Per quanto riguarda le differenze di genere, si osserva come nei ragazzi di 11 anni il fenomeno coinvolga più i maschi che le femmine, e come, con il crescere dell'età, le differenze di genere tendano a scomparire. Nel confronto tra le diverse aree geografiche (figura 3.8) non si sono riscontrate differenze rilevanti nelle risposte.

6.2.13 Conclusioni

Dai dati emerge come la maggior parte dei ragazzi abbia una percezione complessivamente buona del contesto scolastico. Sono soprattutto i ragazzi più giovani (11 anni) a percepire un miglior rapporto con i compagni di classe, a sentirsi accettati, e a considerare la scuola un luogo molto piacevole in cui stare.

Nonostante questo dato confortante non devono essere sottovalutati due aspetti: una buona parte dei ragazzi ha una percezione non positiva (e, per una minoranza, totalmente negativa) del contesto scolastico: considerata l'importanza che tale contesto ha sullo sviluppo e sulle scelte dei ragazzi (sia in termini comportamentali, relazionali, sia di carriera scolastico-lavorativa) questo risultato merita un'attenzione particolare; il rapporto con la scuola e quello con i coetanei peggiorano con il crescere dell'età, sia in termini di stress percepito che di qualità delle relazioni sociali (con pari e con gli insegnanti).

Considerando il sesso, sono diversi gli aspetti del contesto scolastico ad essere percepiti diversamente dai maschi e dalle femmine. Se i maschi si sentono trattati in modo più equo dagli insegnanti e si sentono maggiormente accettati dai coetanei, sono le femmine a cui piace di più la scuola in generale e ad avere una percezione positiva del proprio rendimento scolastico da parte degli insegnanti.

Attività per favorire il rapporto insegnanti-alunni o il legame tra pari dovrebbero essere incentivate per migliorare la situazione attuale, sia attraverso interventi diretti sui giovani, sia attraverso interventi diretti sugli insegnanti. Non bisogna dimenticare la valenza importante che la scuola ha sull'ambito delle relazioni, e sullo sviluppo di altre forme di intelligenza (sociale, emotiva), e non prettamente accademica.

Un ulteriore ambito approfondito dalla ricerca e recentemente dibattuto nella stampa nazionale è relativo alla diffusione del bullismo tra i ragazzi delle scuole medie e superiori. La percentuale di ragazzi che hanno subito atti di bullismo appare in controtendenza con quanto riferito dai media in questo periodo, coinvolge meno del 15% dei ragazzi, è leggermente più diffuso tra i maschi e ha un'incidenza simile in tutto il territorio nazionale, e si riduce al crescere dell'età. L'immagine complessiva della scuola che appare dalla ricerca appare tutto sommato positiva: vi sono però spazi

per il miglioramento e ambiti in cui lavorare per facilitare il ruolo della scuola come importante contesto di vita e non solo contesto di apprendimento.

6.2.14 Il confronto con le altre Nazioni.

La ricerca è molto più ricca e, per una opportuna e doverosa conoscenza si rimanda alla lettura integrale del documento, disponibile sui siti istituzionali. Con il prossimo Bollettino ORSEA pubblicheremo altri dati aggiornati anche all'ultimo rilevamento e concernente altri aspetti della ricerca, concernenti l'attività fisica ed il tempo libero, le abitudini alimentari e l'immagine corporea, i comportamenti a rischio, salute e benessere, disuguaglianze e capitale sociale.

La pubblicazione può essere scaricata al sito:

http://www.hbsc.unito.it/it/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=4&Itemid=67&limitstart=5

oppure: <http://www.hbsc.org> <http://www.hbsc.unito.it/it/>

Un ulteriore spunto di riflessione, per completare il quadro, può essere dato dal confronto della situazione italiana con quella degli altri 41 paesi che hanno partecipato allo studio. Nel corso della Conferenza di Torino del febbraio del 2010 è stato presentato dal Dipartimento di Salute Pubblica dell'Università di Torino l'anticipazione di alcuni dati relativi al 2009 e un confronto relativo ad alcune variabili esaminate. Nello specifico l'attenzione è posta sulle risposte fornite dal campione rispetto ad avvertire come risorse, rispettivamente, la famiglia, i docenti, i coetanei.

Alla domanda "Quanto è facile per te parlare con tuo madre/madre di cose che ti preoccupano veramente?" la classe di età dei 15 anni ha risposto:

molto facile	con la madre	26%	con il padre	10.10%
Facile		44.90%		36.40%
Difficile		71.5%		46.5%

Il valore medio dei 41 paesi rispetto alle risposte positive nella percezione del rapporto con padri e madri è pari a 58 per il padre e 77 per le madri. L'Italia si colloca sotto questo valore medio: 71.55.% per la madre, 46,5% per il padre. Con questi valori, l'Italia si situa al 32° posto su 41.

Ancora più preoccupante le risposte date al percepire la scuola come risorsa, dove l'Italia si situa rispettivamente al 37° posto per la classe di età 11 anni e al 38° Sia per la classe di età 13 e 15 anni. Non va certo meglio nelle risposte riguardanti il percepire i pari come risorsa: anche qui uno sconsolante 37° posto.

Ricordiamo che questi indicatori, nel loro complesso, ci forniscono utili indicazioni sul "rischio sociale" che i nostri ragazzi corrono. Nel caso della scuola, per esempio, il percepirela come una risorsa viene considerato dalla letteratura scientifica quale fattore protettivo verso i comportamenti sessuali a rischio e l'uso di fumo e sostanze psicotrope, mentre il percepire i pari come risorsa viene considerato un fattore protettivo rispetto all'autostima, al benessere percepito e alla minore probabilità di essere vittima di bullismo e depressione.

Questi indicatori non sono tanto rilevanti di una situazione di forte crisi dei nostri ragazzi, quanto di una disgregazione di tipo etico del tessuto sociale in genere, tanto che i due sistemi di socialità più importanti, la scuola e la famiglia, presentano dei segnali critici molto forti, visto anche l'assoluta mancanza di altri sistemi compensativi. Il sistema sociale italiano, come già evidenziato, sembra essere centrato verso un modello centrato sull'etica dell'autoaffermazione piuttosto che su un'etica della responsabilizzazione.

7. L'ATTIVITÀ DELL'ORSEA A.S. 2009-2010

7.1. Relazione riassuntiva attività' ORSEA anno 2009

L'anno 2009, per l'ORSEA, ha rappresentato la vera partenza operativa con il conseguimento effettivo di alcuni degli obiettivi che erano stati prefissati. Innanzitutto è stata consolidata l'architettura di sistema, vale a dire che è stata completata la strutturazione organizzativa dell'ORSEA attraverso la costituzione, il rafforzamento e l'ampliamento della rappresentatività delle varie partiture aziendali che nella ASL di Frosinone si occupano di promozione della salute. Questo è avvenuto attraverso la partecipazione del Dipartimento di Prevenzione, SPRESAL e SIAN, della Struttura Complessa Farmacia a livello di Comitato Scientifico e di Ufficio di Coordinamento, mentre sono state costituite 4 Gruppi di Lavoro a livello distrettuale, con rappresentanti di ciascun Servizio Territoriale : Area disagio per il Dipartimento 3D; Consultorio pediatrico, Consultorio familiare, SMREE, Disabilità Linguistica per l'Area Materno Infantile; CSM per il DSM, Spresal e SIAN per il Dipartimento di Prevenzione.

7.1.1. L'Attività in sede di Comitato Scientifico e di Ufficio di Coordinamento ORSEA

L'attività di programmazione e coordinamento dell'ORSEA si è sviluppata attraverso 8 incontri complessivi, in cui almeno 3 sono avvenuti in presenza del Comitato Scientifico. Si conferma quanto già emerso nello scorso anno: la partecipazione dei Dirigenti incaricati è stata discontinua a causa della difficoltà di conciliare gli incontri con l'attività corrente di istituto. In tutti i membri è fortemente presente la consapevolezza della necessità della costruzione di una rete tra servizi e di uno scambio operativo sulle metodologie e sulle pratiche, ma questa necessità si scontra con gli adempimenti relativi all'attività interna ai servizi, alcuni dei quali fortemente in sofferenza rispetto alle risorse umane e strutturali. Nonostante queste difficoltà, l'Ufficio di Coordinamento è riuscito a mantenere un buon livello di controllo delle procedure, adeguando i lavori rispetto anche alle necessità emerse nel corso dell'anno. Rispetto alla programmazione del 2009, infatti, si sono concretizzate alcuni progetti non previsti che hanno comportato un riallineamento delle azioni e un loro adeguamento. Tutto questo verrà esplicitato in seguito.

Nel corso dell'anno l'attività svolta dall'Ufficio di Coordinamento si è concretizzata nelle seguenti azioni:

- 1) Costituzione dei 4 gruppi di lavoro Distrettuali
- 2) Definizione dell'offerta Formativa dell'ORSEA;
- 3) Pubblicazione del 1° numero del nuovo Bollettino ORSEA, che, in continuità con la numerazione della passata edizione, corrisponde al numero 6.
- 4) Approvazione di due Delibere relative all'Organigramma ORSEA e ratifica dell'Offerta Formativa;
- 5) Partecipazione al Gruppo di Lavoro promosso dall'Agenzia LazioSanità per la promozione di salute, che ha visto l'individuazione di un rappresentante di ciascuna ASL del Lazio per la costituzione di una rete coordinata per la promozione della salute. Nell'ambito di tale organismo si è promosso il progetto EUDAP UNPLUGGED (European Drug Addiction Prevention trial);
- 6) Stipula di protocollo di intesa con IRASE (Istituto per la Ricerca Accademica Sociale ed Educativa) sede di Frosinone, Ente accreditato presso il MIUR per la formazione dei Docenti;
- 7) Progettazione organizzazione e realizzazione di due corsi formativi destinati agli operatori della ASL di Frosinone sulle metodologie basate sulle life skills e gruppo dei pari;
- 8) Realizzazione di interventi formativi rivolti ai docenti di varie scuole.

7.1.2. Riepilogo attività svolte – Coordinamento ORSEA e gestione della rete aziendale, regionale e nazionale

a) Riunioni Ufficio di coordinamento e Gruppi di Lavoro:

Tipologia	n. incontri	H complessive	n. partecipanti
Ufficio di Coordinamento	8	16	18
Gruppo di lavoro Distretto A	8	16	13
Gruppo di lavoro Distretto B	12	24	14
Gruppo di lavoro Distretto C	10	20	13
Gruppo di lavoro Distretto D	8	16	16

b) Formazione operatori

Titolo del corso	n. partecipanti	N. ore
Unplugged – Livello regionale	3	20
Unplugged	30	20
Life skills e gruppo dei pari	34	20

- c) Partecipazione al Gruppo Nazionale Strategie di prevenzione di Comunità, coordinato dalla Regione Toscana e promosso dal Ministero della Salute: delegato per la Regione Lazio, Dott. Lucio Maciocia, due incontri per 40 ore complessive;
- d) Partecipazione Coordinamento Regionale Promozione della Salute per la programmazione e realizzazione progetto Unplugged: 8 incontri per 24 ore complessive;
- e) Conferenza stampa di presentazione del Bollettino ORSEA, alla presenza di tutti i quotidiani della Provincia e delle due principali rete televisive locali;
- f) Presentazione pacchetto formativo ORSEA alle scuole: un incontro per ciascun distretto, due nel Distretto C;
- g) Costituzione di équipe specialistiche provenienti dai vari servizi territoriali per la progettazione e realizzazione degli interventi formativi previsti: si sono costituite équipe miste per i seguenti progetti:
- 1) Unplugged (Consultorio familiare, Area Disagio 3D, CSM)
 - 2) Promozione del benessere organizzativo scolastico (Area Disagio 3D, CSM)
 - 3) A scuola di sicurezza (DIIS e Consultorio pediatrico)
 - 4) Centri di Informazione e Consulenza Scuola Media Superiore (Area Disagio 3D, Consultorio familiare, CSM);
 - 5) Il corpo come uno specchio (area Disagio 3D, Farmaco)
 - 6) Mentre sto diventando grande (Area disagio 3D, CSM, Consultorio familiare);
 - 7) La scuola fa bene a tutti (Dlcee, Consultorio pediatrico)
 - 8) La comunicazione (CSM, Consultorio familiare)
 - 9) Il trattamento della dislessia come prevenzione del rischio della dispersione scolastica (Dlcee, SMREE, CSM).
 - 10) L'alunno difficile, analisi delle risorse nel deficit di attenzione e iperattività (SMREE, DSM)
 - 11) Il corpo come uno specchio (SMREE, D3D)
 - 12) Linee di intervento nei fenomeni di bullismo (SMREE)

Attività previste nel piano previsionale 2009 e non realizzate

- a) Percorsi formativi interni ai singoli servizi, finalizzati alla formulazione di uno standard condiviso, metodologie operative, procedure e contenuti; la progettazione di tali corsi non è avvenuta sostanzialmente per due ordini di motivi:
 - le tematiche non riguardano specificatamente l'ORSEA;
 - lo sforzo organizzativo richiesto è enorme e non si riscontra l'attenzione necessaria da parte della Direzione Aziendale e Dipartimentale per mettere in cantiere una simile iniziativa.
- b) Ripresa dei contatti con l'Ufficio Scolastico Provinciale per la stipula di protocollo operativo: non sono giunti segnali di disponibilità in tal senso;
- c) costruzione e pubblicazione di un sito ORSEA da inserire all'interno del sito aziendale: non essendo ancora consolidato un sito aziendale risulta difficile immaginare e programmare un sito ORSEA;
- d) Stipula protocolli operativi con singole scuole e/o partenariati di scuole: la situazione scolastica continua a subire modifiche che condizionano pesantemente la possibilità di consolidare e condividere protocolli di intesa;
- e) Definizione di un primo Piano di Alta formazione: non attuato;
- f) Definizione di una piattaforma informatica per l'immissione dati interventi di prevenzione: stesse difficoltà incontrate per il sito ORSEA;
- g) allargamento base rappresentativa ORSEA alla rappresentanza scolastica: l'organizzazione della scuola e la diversa strutturazione del Centro Servizi Amministrativi, non facilita il compito di individuare forme di rappresentanza nella scuola. Questo problema potrà essere superato attraverso la costituzione di partenariati con scuole e individuazione di forme di rappresentanza del partenariato, o attraverso un diverso atteggiamento della Dirigenza CSA verso l'ORSEA.

7.1.3. Riepilogo attività svolte – Consulenza scolastica, formazione alunni, formazione docenti.

Tale riepilogo seguirà l'ordine e la numerazione di presentazione proposto nel Bollettino ORSEA. Non si hanno a disposizione, salvo alcuni casi, i numeri reali delle attività svolte, per cui ci limiteremo ad evidenziare dei soli progetti effettivamente avviati

Progetto EU-DAP Unplugged

Sono state realizzate due edizioni di formazione dei docenti delle scuole superiori che hanno aderito al progetto; la formazione è stata curata dal sottoscritto, dalla Dott.sa Ferrante e dalla Dott.sa Cuppini, mentre la segreteria organizzativa è stata curata dalla Dott.sa Martini e dalla Dott.sa Parravano; i docenti complessivamente formati sono stati 41, gli studenti che verranno complessivamente coinvolti saranno 679 per 29 classi complessive; Le scuole della Provincia che hanno partecipato alla formazione sono le seguenti:

Per il Distretto A:

- Istituto di Istruzione Superiore Sandro Pertini di Alatri;
- Istituto Statale d'Arte Anagni (con sede staccata a Sora)
- Liceo Classico Dante Alighieri di Anagni

Per il Distretto B:

- Istituto di Istruzione Martino Filetico di Ferentino;
- Liceo Scientifico di Ceccano;
- Itis Alessandro Volta di Frosinone;
- Liceo Scientifico Francesco Severi di Frosinone;
- Liceo Artistico Giulio Bragaglia di Frosinone;

Per il Distretto C:

- Istituto di Istruzione Superiore Tulliano di Arpino;

Per il Distretto D:

- Liceo Scientifico Pellecchia di Cassino;

Life skills e Gruppo dei Pari:

Sono stati attivati due percorsi formativi rivolti ai docenti di due diverse istituzioni scolastiche: Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici Angeloni di Frosinone e il Convitto Nazionale Tulliano di Arpino. Nel primo caso hanno partecipato circa 12 docenti per 3 incontri, per complessive 9 ore; nel secondo caso hanno partecipato tutti i docenti e gli istitutori del Convitto, alternandosi nei 5 incontri complessivi di 3 ore ciascuno. In ambedue le situazioni non si è proceduto alla costituzione del gruppo dei pari

Tutti a pranzo al ristorante della scuola: attivato e realizzato

Prevenzione malattie trasmissibili in comunità: attivato e realizzato (i consultori pediatrici hanno svolto un importantissimo e sostanzioso ruolo nel rispondere alle richieste attivate dalle pandemie occorse nel 2009);

Movimento e benessere: attivato e realizzato

Promozione del benessere psicofisico per l'ingresso nella scuola dell'obbligo: attivato e realizzato

Educazione affettivo relazionale sessuale: attivato e realizzato

Centri di Informazione e Consulenza Scuole Medie Superiori: attivato e realizzato;

Consulenza Consigli di Classe: attivato e realizzato

Promozione del benessere organizzativo scolastico: realizzato con un unico modulo presso l'ITIS di Ferentino, mentre possiamo far rientrare in questo ambito progettuale tutti gli interventi realizzati a seguito dell'episodio gravissimo che si è verificato presso il Liceo Filetico di Ferentino. In questa occasione sono intervenuti 4 servizi territoriali: il Consultorio Familiare di Ferentino, l'équipe del SMREE di Ferentino, il CSM di Ferentino e operatori dell'Area Disagio del Dipartimento 3D, realizzando interventi di contenimento alla classe, alla Dirigenza scolastica, agli studenti ed al personale scolastico.

Integrazione scolastica alunni disabili: attivato e realizzato

Adempimenti e figure della prevenzione ai sensi del nuovo testo unico 81/08: è stato realizzato un incontro a Frosinone, nonché innumerevoli interventi di chiarificazioni;

A scuola di sicurezza: attivato e realizzato;

Centri di Informazione e Consulenza Scuola Media Inferiore: attivato e realizzato in 4 scuole medie del capoluogo.

7.2. Piano di lavoro per l'anno scolastico 2010/2011

In conformità con la strutturazione del calendario scolastico, abbiamo preferito strutturare la programmazione degli interventi per il prossimo anno scolastico. Alcuni dei punti sono già stati realizzati, mentre per altri la programmazione è in una fase molto avanzata e definita. Procederemo quindi con l'esplicitare quanto è già in itinere ed i tempi ed i modi di realizzazione per le altre attività.

1) Stabilizzazione dei gruppi di lavoro distrettuali

Rispetto ad un primo momento di grande partecipazione, i gruppi di lavoro si sono stabilizzati attorno ad un nucleo di 6-7 operatori per ciascun Distretto. Gli incontri si tengono a cadenza bimestrale, salvo necessità. La presenza di operatori del DSM è piuttosto limitata.

2) Partenza di tutti i corsi previsti nel piano di offerta formativa

Nel corso dei primi 3 mesi del 2010 sono stati attivati la quasi totalità dei corsi, compresi quelli a pagamento destinati alla formazione docenti.

3) **Verifica dei risultati raggiunti, revisione e rimodulazione dell'offerta**

Questo obiettivo sarà esaminato al termine dell'anno.

4) **Pubblicazione del numero 7 del Bollettino ORSEA**

Previsto per il mese di settembre. Abbiamo ritenuto opportuno inserire nel nuovo Bollettino l'offerta formativa ORSEA che, in quanto riconfermata, risulta essere un materiale ancora necessario per la distribuzione nelle scuole.

5) **Sperimentazione di un modello di formazione dei docenti delle scuole materne elementari e medie inferiori attraverso la metodologia delle life skills education**

La sperimentazione è avvenuta in due Direzioni Didattiche: Primo circolo di Veroli e Fiuggi; la formazione è stata curata dai tre professionisti ASL FR formati con la metodologia UNPLUGGED (Ferrante, Cuppini, Maciocia); i risultati sono stati molto lusinghieri, tanto da poter confermare l'impegno anche per il prossimo anno scolastico.

6) **Verifica e riproposizione del progetto Unplugged destinato ai docenti delle classi prime degli Istituti Superiori della Provincia, con implementazione del numero di formatori aziendali:**

L'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio ha deciso di riproporre il progetto UNPLUGGED nella scuole della Regione. L'èquipe dei 3 formatori UNPLUGGED e dei tutor aziendali, formati da un gruppo operativo di 13 operatori, sta procedendo all'organizzazione di un workshop finale con i Docenti formati; coerentemente con gli obiettivi fissati dalla Regione, si sta procedendo ad implementare il numero di docenti coinvolti nel progetto nelle 10 scuole già aderenti, nonché procedere all'individuazione di nuove scuole, almeno una per ciascun Distretto, in cui far partire ex novo il progetto. Per l'inizio del prossimo anno scolastico prevediamo la realizzazione di almeno 4 moduli di formazione per i docenti, con il raddoppio, almeno, dei docenti formati, e di portare ad almeno 15 le scuole aderenti.

7) **Piano formativo interno destinato a piccoli gruppi su tematiche di promozione della salute, life skills, gruppo dei pari, promozione del benessere organizzativo:**

In ragione degli impegni raddoppiati rispetto al passato, si procederà ad allargare il numero dei formatori UNPLUGGED, nonché ad implementare il numero dei tutor. A seguito dell'esperienza maturata con le life skills nelle scuole dell'obbligo, si utilizzerà un modulo formativo per procedere alla formulazione di una proposta destinata ai docenti delle scuole elementari e medie, a partire dal mese di settembre.

8) **Ingresso nell'Ufficio di Coordinamento ORSEA e nei Gruppi di lavoro di rappresentanti della scuola:**

Questo obiettivo ci deriva dal progetto Interministeriale Scuola e Salute, che ha coinvolto, a Torino, tutte le Regioni Italiane per la creazione di gruppi di lavoro misti tra scuola e sanità. Entro il termine di questo anno scolastico si procederà all'individuazione di modalità condivise di partecipazione alle riunioni dei gruppi di lavoro territoriali, nonché all'individuazione di modalità di coinvolgimento della scuola nell'Ufficio di Coordinamento ORSEA.

9) **Allargamento dell'offerta formativa ORSEA inserita nel pacchetto di offerta IRASE (ente riconosciuto dal MIUR per la formazione dei docenti):**

A partire dalla stipula della convenzione tra ASL FR e IRASE, avvenuto nel mese di gennaio, sono partiti diversi moduli formativi curati dall'IRASE con la partecipazione diretta di operatori ORSEA: la formazione dei docenti delle scuole dell'obbligo alle life skills, la promozione del benessere organizzativo ed il contrasto al burn out, la promozione dell'integrazione scolastica per le disabilità linguistiche e per i portatori di handicap, la promozione della sicurezza nelle scuole, la comunicazione. I risultati della collaborazione sembrano essere molto positivi.

- 10) **Definizione di accordi con almeno due Università del Lazio, tra cui l'Università di Cassino**
Non sono stati ancora definiti i tempi ed i modi per il raggiungimento di questo obiettivo.
- 11) **Attivazione di sportelli di ascolto e consulenza destinato a studenti e docenti dell'Università di Cassino**
Lo sportello dovrebbe partire con l'inizio del nuovo anno accademico.
- 12) **Accordo con facoltà di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma per concordare un piano di verifica e validazione degli interventi di promozione della salute attivati dall'ORSEA**
Da definire
- 13) **Partecipazione a bandi di gara europei, nazionali, regionali congruenti con gli scopi e l'attività dell'ORSEA per la ricerca di finanziamenti**
La ASL ha partecipato, in qualità di capofila, ad un progetto a valere sul Fondo Europeo Integrazione, con un progetto finalizzato all'introduzione della metodologia delle life skills nelle scuole dell'obbligo per la promozione dell'integrazione degli alunni stranieri. Non se ne conosce ancora l'esito.
- 14) **Conferma della partecipazione al Gruppo di Lavoro nazionale sull'individuazione di strategie di comunità per la promozione di salute, coordinato dalla Regione Toscana**
Il progetto, coordinato dal CCM, è ancora in corso ed è stato prorogato fino ad ottobre del 2010; si resta in attesa della pubblicazione di un volume che raccoglie contributi dalle varie Regioni d'Italia, compreso un contributo della ASL di Frosinone.
- 15) **Conferma della partecipazione al Gruppo di Lavoro coordinato dall'Agenzia LazioSanità per la Promozione della Salute:**
Il Referente per la Promozione della Salute per la ASL di Frosinone partecipa a tutti gli incontri in programmazione da parte dell'ASP Lazio, svolgendo un ruolo attivo e propositivo. Il modello organizzativo dell'ORSEA ci pone tra le punte più avanzate della Regione. L'ASP ha altresì attivato un percorso formativo, strutturato in 8 incontri di 4 ore ciascuno, destinato agli operatori formati direttamente dall'équipe dell'Università di Torino quali formatori UNPLUGGED di ciascuna ASL del Lazio. I 3 operatori della ASL di Frosinone stanno regolarmente partecipando agli incontri.
- 16) **Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo della metodologia life skills e gruppo dei pari in altri ambiti di collaborazione con il Terzo settore e con gli enti Locali:** progetto Orsa Minore, collaborazione con le comunità residenziali per tossicodipendenti del territorio, operatori case famiglia e gruppi appartamento, operatori Enti Locali:
Si sta procedendo ad incontri preliminari con alcune Comunità residenziali per tossicodipendenti; a partire da fine maggio dovrebbe partire un modulo formativo destinato agli operatori della Comunità In Dialogo di Trivigliano.
- 17) **Verifica, analisi e revisione del modello organizzativo ORSEA:** rispetto alla necessità di garantire la massima diffusione possibile della struttura di rete all'interno dei vari servizi, strategia attuata nel corso del 2009, sorge la necessità di attivare procedure di snellimento e razionalizzazione delle modalità di collaborazione; la crescente richiesta di servizi, a fronte del mancato turn over degli operatori, con la conseguente crescita, almeno teoricamente, di richieste, impone una scelta di revisione dei modelli organizzativi e gestionali dei servizi, conciliando la necessità di garantire standard per le prestazioni adempitive (stabilite per legge) e risposte dirette a fornire servizi, metodologie, consulenze destinate a comunità. Il modello organizzativo dell'ORSEA risulta essere uno dei modelli più avanzati, se non unici, di strutturazione della rete interna per la promozione della Salute. La Regione Lazio e l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio stanno, infatti, cercando di favorire la costituzione e la stabilizzazione di gruppi di lavoro intraziandali per la promozione di salute, la ASL di Frosinone si trova ad essere in anticipo sulla tabella di marcia regionale.

ID	Nome attività	Inizio	Fine	Durata	Q1 10		Q2 10			Q3 10			Q4 10			Q1 11			Q2 11		
					Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	
1	Stabilizzazione dei gruppi di lavoro distrettuali	14/01/2010	30/06/2010	24s																	
2	1) Partenza di tutti i corsi previsti nel piano di offerta formativa	14/01/2010	30/06/2011	76,2s																	
3	Verifica dei risultati raggiunti, revisione e rimodulazione dell'offerta	02/05/2011	30/05/2011	4,2s																	
4	Pubblicazione del numero 7 del Bollettino ORSEA	31/05/2010	15/06/2010	2,4s																	
5	Sperimentazione di un modello di formazione basato sulle I.s.e. docenti scuole materne elementari e medie inferiori	22/01/2010	30/03/2010	9,6s																	
6	Verifica e riproposizione del progetto Unplugged	01/06/2010	30/08/2010	13s																	
7	Piano formativo interno su life skills, gruppo dei pari, promozione benessere organizzativo	01/04/2010	20/12/2010	37,6s																	
8	Ingresso nell'Ufficio di Coordinamento ORSEA e nei Gruppi di lavoro di rappresentati della scuola	01/09/2010	30/05/2011	38,8s																	
9	Allargamento dell'offerta formativa ORSEA inserita nel pacchetto di offerta IRASE	01/09/2010	01/06/2011	39,2s																	
10	Definizione di accordi con almeno due Università del Lazio, tra cui l'Università di Cassino	01/03/2010	01/06/2010	13,4s																	
11	Attivazione di sportelli di ascolto e consulenza destinato a studenti e docenti dell'Università di Cassino	01/10/2010	30/06/2011	39s																	
12	Accordo con facoltà di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma	01/04/2010	30/06/2010	13s																	
13	Partecipazione a bandi di gara europei, nazionali, regionali	14/01/2010	30/05/2011	71,6s																	
14	Conferma della partecipazione al Gruppo di Lavoro nazionale sull'individuazione di strategie di comunità	14/01/2010	31/12/2010	50,4s																	
15	Conferma della partecipazione al Gruppo di Lavoro coordinato dall'Agenzia LazioSanità	14/01/2010	30/05/2011	71,6s																	
16	Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo della metodologia I.s.e. e gruppo dei pari in altri ambiti di collaborazione con terzo settore ed enti locali	19/01/2010	30/06/2010	23,4s																	
17	Verifica, analisi e revisione del modello organizzativo ORSEA	01/11/2010	31/12/2010	9s																	
18	Costituzione gruppo di studio ristretto per un piano operativo di promozione salute territoriale	01/09/2010	31/12/2010	17,6s																	

7.3. Attività di prevenzione dell'U.O. Consultorio Pediatrico "B"

A cura del Responsabile U.O. CONSULTORIO PEDIATRICO DISTRETTO "B" (Dr.ssa Maria Gabriella Calenda) e dell'equipe

L'U.O. di Consultorio Pediatrico, struttura dell'Area Materno Infantile Territoriale afferente al Dipartimento dell'Integrazione Socio Sanitaria, è presente nei 4 Distretti Sanitari della ASL di Frosinone e, nel Distretto "B", è strutturata in una sede centrale, Frosinone (ex-FR4), e tre sedi periferiche, Ceccano (ex-FR5), Ferentino (ex-FR3), Ceprano (ex-FR6), a cui si affiancano le sedi di Veroli e Ripi, in cui si effettuano esclusivamente attività vaccinali.

Gli obiettivi generali dell'Unità Operativa sono:

- Sviluppo armonico del bambino in senso psico-fisico;
- Promozione dell'agio;
- Prevenzione e tutela della salute della popolazione in età evolutiva.

Tutte le attività sono caratterizzate da interventi di prevenzione e si articolano in tre linee principali:

- Attività vaccinali in età evolutiva;
- Attività di medicina preventiva di comunità;
- Attività di assistenza pediatrica in comunità.

Tutti gli interventi di *prevenzione e promozione della salute*, per essere efficaci, devono prevedere l'attivazione sinergica degli attori impegnati, con competenze diverse, sugli stessi problemi.

Pertanto, le attività della nostra unità operativa prevedono il coinvolgimento e l'interazione con:

- Stato e Regioni
- Enti Locali
- **Scuole**
- Altre UU.OO. ASL
- Pediatri di Famiglia
- Famiglie
- Settori economici ed industriali
- Mass media

Il Consultorio Pediatrico del Distretto "B" coinvolge nelle attività gli Asili Nido, pubblici e privati e tutte le Scuole Primarie e Medie del Distretto.

A livello delle Scuole Superiori, l'attivazione è su richiesta.

L'integrazione con le **Scuole**, ambito elettivo per la strutturazione di interventi di educazione alla salute, rappresenta una priorità riconosciuta e auspicata che si è andata consolidando nel corso degli anni.

Ed è per questo che la nostra unità operativa ha previsto nell'ambito delle attività ORSEA quattro progetti, diversamente articolati, ma tutti allineati agli obiettivi generali della nostra Struttura.

I quattro progetti sono:

1. *Tutti a pranzo al ristorante della scuola (cod. 3.3)*
2. *Prevenzione delle malattie trasmissibili in comunità (cod. 3.4)*
3. *Movimento e benessere (cod. 3.5)*
4. *Promozione del benessere psicofisico per l'ingresso alla scuola dell'obbligo (cod. 3.6)*

Tutti e quattro i progetti hanno obiettivi specifici e attività peculiari che possono essere individuate nelle schede di presentazione dei progetti; vengono attivati e portati avanti contemporaneamente in tutte le sedi della nostra unità operativa distrettuale, con miglioramento continuo delle modalità operative ed uniformazione delle attività.

Rispetto ai progetti attivati, analizzeremo e riporteremo, di seguito, i dati, a nostro parere, più significativi ai fini della presente pubblicazione e, precisamente quelli relativi ai progetti cod. 3.3 e 3.6.

Progetto: Tutti a pranzo al ristorante della scuola (cod. 3.3)

Per quanto riguarda il nostro *primo progetto*, possiamo senz'altro dire che rientra nei progetti in ambito nutrizionale che, ormai da anni, vengono attivati sempre più spesso, in considerazione dei dati epidemiologici allarmanti per la nostra popolazione in età evolutiva, in termini di incidenza di obesità e sovrappeso.

In questo ambito, già nel 1998-1999, nella nostra Regione, l'Assessorato alla Sanità e l'Assessorato alle Politiche Sociali attivano, forse per la prima volta in forma congiunta, un progetto di "Monitoraggio dello stato nutrizionale dei bambini di III elementare" con rilevazione del peso e dell'altezza di tutti gli alunni di III elementare della Regione Lazio. Viene scelta questa specifica fascia d'età perché individua, in linea generale, tutti soggetti in fase prepubere e comunque in grado di recepire interventi di educazione nutrizionale.

La nostra ASL aderisce al progetto, che prevede una fase di formazione degli operatori e una fase di rilevazione, di registrazione e di trasmissione dei dati alla Regione, attraverso il coinvolgimento della nostra unità operativa.

Vengono sottoposti a misurazione tutti i bambini di III elementare del nostro territorio e l'elaborazione dei dati darà, purtroppo, risultati molto allarmanti in termini di incidenza di obesità e sovrappeso che nel nostro territorio raggiunge il 45%.

La nostra struttura continua, negli anni, questa attività di rilevazione, tenendo sotto controllo l'andamento dell'incidenza di obesità e sovrappeso nella nostra popolazione e consolida la collaborazione con le Scuole per tutti i progetti di Educazione nutrizionale" (es.: "Sapere i Sapori" dell'Assessorato all'Agricoltura) che cominciano ad entrare nei percorsi didattici attivati nel corso dell'anno scolastico.

Nel 2006-2007, il Progetto viene ripreso a livello nazionale e nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione con il "Monitoraggio dello stato nutrizionale delle III elementari", associato, questa volta ad una prima rilevazione degli stili di vita e delle abitudini alimentari, attraverso la somministrazione di un *questionario* ai bambini della fascia target individuata.

Negli anni 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010, la stessa attività viene riproposta ed inserita in un programma di monitoraggio europeo che vede l'attivazione del Progetto "Guadagnare Salute" del Ministero della Salute e del Ministero dell'Istruzione coordinato dall'I.S.S., con D.P.C.M.

Nell'ambito di questo programma, viene attivato un "*Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni condotte su classi campione*" (Referente del Progetto per la nostra ASL dr. E. Straccamore), che vede la nostra Unità Operativa impegnata in due Progetti:

- Progetto "*OKkio alla Salute*" con il "Monitoraggio dello stato nutrizionale delle III elementari" su classi campione, associato alla rilevazione degli stili di vita e delle abitudini alimentari, attraverso la somministrazione di *questionari*, indirizzati agli alunni della fascia target individuata e ai rispettivi genitori;
- Progetto "*HBSC*" sui comportamenti di salute dei ragazzi in età scolare tra 11 e 15 anni, con indagine conoscitiva per la rilevazione di stili di vita ed abitudini alimentari condotta su un campione di classi di I e III media e di II superiore.

Ovviamente, sia i questionari rivolti agli alunni di III elementare e ai rispettivi genitori, sia l'indagine conoscitiva sui ragazzi delle scuole medie e superiori campionate, sono stati condotti in forma rigorosamente anonima, per il rispetto della vigente normativa sulla privacy.

Per il Progetto "OKkio alla Salute" sono elaborati e pubblicati i risultati dell'indagine condotta nell'anno 2007-2008 e sono in corso di pubblicazione quelli degli anni successivi. I risultati dell'indagine condotta nell'anno scolastico 2007-2008 vengono di seguito riportati.

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE SCUOLE CAMPIONATE

- **il 64% delle scuole ha una mensa scolastica**
- **il 62% delle scuole prevede la distribuzione di alimenti sani**
- **il 79% delle scuole ha inserito nei propri programmi approfondimenti in tema di nutrizione**
- **il 71% delle classi svolge due ore di attività motoria raccomandate durante la settimana**
- **il 90% delle scuole ha inserito nei propri programmi iniziative di promozione dell'attività motoria**

CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI (Fig. 1)

- **l'11% dei bambini non fa colazione**
- **il 28% la fa in maniera inadeguata**
- **l'82% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante**
- **il 23% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano frutta e verdura**

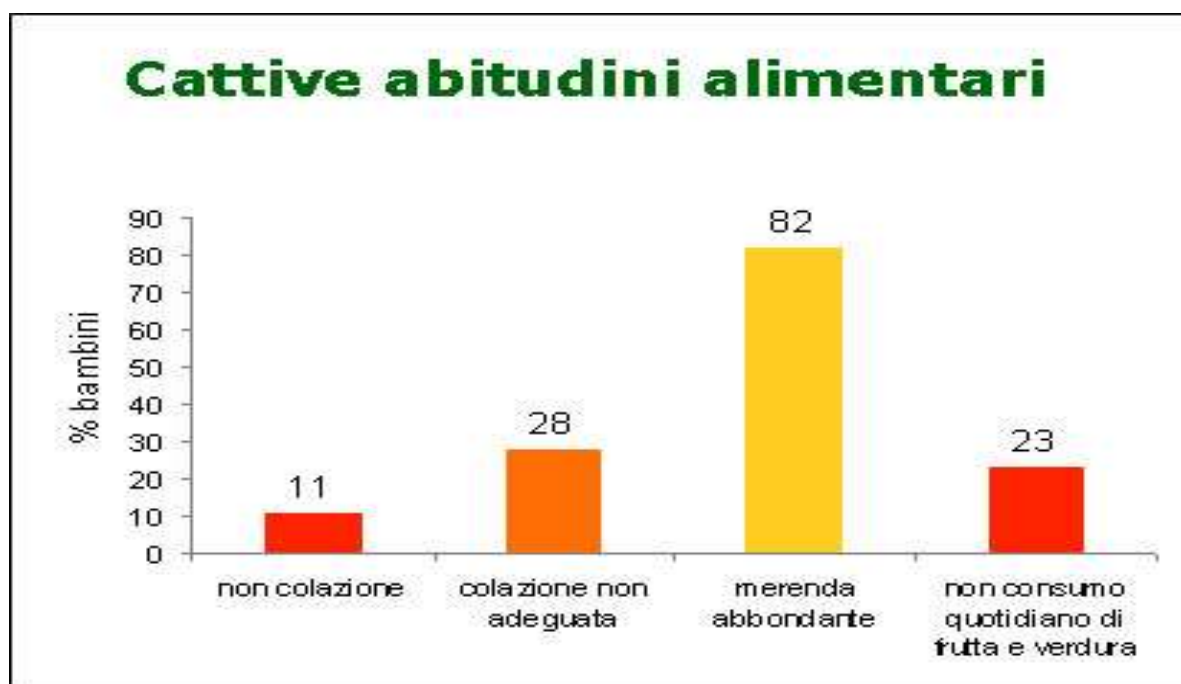


Fig. 1

SCARSA ATTIVITA' FISICA E COMPORTAMENTI SEDENTARI (Fig. 2)

- solo 1 bambino su 4 non ha svolto attività fisica il giorno precedente la valutazione
- solo 1 bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato alla sua età (almeno 1 ora al giorno)
- oltre 1 bambino su 4 guarda la televisione per 4 ore o più al giorno
- oltre 1 bambino su 2 ha la televisione in camera



Fig. 2

PERCEZIONE DEL PROBLEMA DA PARTE DEI GENITORI

- Tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, 4 su 10 non ritengono che il proprio figlio abbia un peso eccessivo rispetto all'altezza
- Molti genitori di bambini in sovrappeso o obesi, sembrano sottovalutare la quantità di cibo assunta dai propri figli

RISULTATI INDAGINE 07-08

- In Italia l'incidenza di obesità e sovrappeso è risultata del 36% (24% obesità e 12% sovrappeso) (Fig. 3)

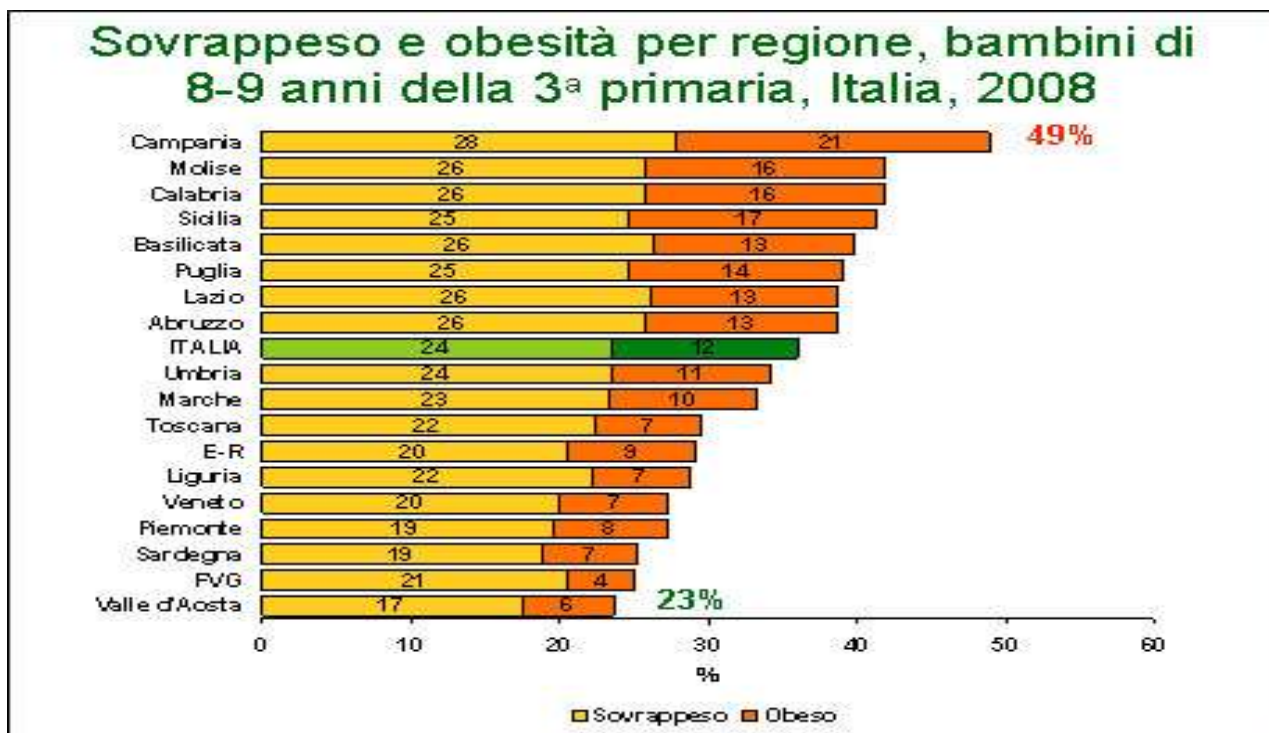


Fig. 3

- L'Italia, nei confronti internazionali, si è posizionata al 3° posto, dopo USA e Portogallo
- Trend negativo Nord-Centro-Sud (Fig. 4)

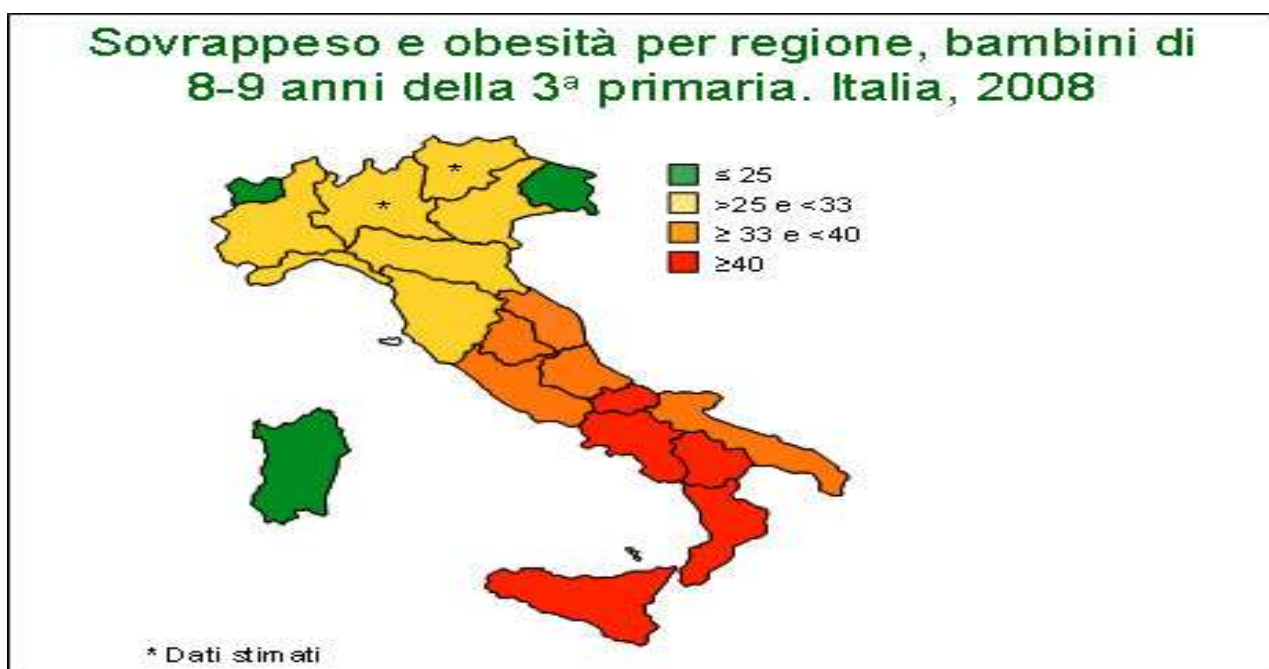


Fig. 4

- L'incidenza di obesità e sovrappeso nella Regione Lazio risulta, nell'indagine effettuata nell'a.s. 2007-2008, al 39% a fronte della media nazionale del 35,9%
- La nostra regione è risultata al 3° posto fra le regioni italiane, dopo la Campania e la Sicilia (Fig. 5)



Fig. 5

- Nell'indagine dell'a.s. 2007-2008, i bambini della nostra Provincia, insieme a quelli della provincia di Latina, risultano i più "cicciettelli", anche se, rispetto all'indagine effettuata nel 1998-99, i dati sembrano essere un po' in calo.

SINTESI

PIU' DI 1 BAMBINO SU 3 PESA TROPPO E I GENITORI NON SE NE ACCORGONO

L'indagine OKkio alla SALUTE, dell'I.S.S. ha messo in evidenza che:

- 1 milione e 100.000 bambini italiani compresi fra i 6 e gli 11 anni sono in sovrappeso o obesi
- I bambini fanno poca attività fisica
- Quasi la metà di loro abusa di TV e videogiochi
- I genitori sembrano sottovalutare il problema

Progetto: *Promozione del benessere psicofisico per l'ingresso alla scuola dell'obbligo (cod. 3.6)*

Fra le varie attività di questo progetto, i dati che riteniamo più interessanti sono relativi alle evidenze rilevate nel corso delle visite di screening condotte sui bambini di I elementare.

Nella giornata precedente la visita, vengono verificate le situazioni vaccinali degli alunni iscritti nella classe in calendario per il giorno successivo: è questo un momento di verifica importante in quanto ci permette di recuperare coperture vaccinali incomplete.

Gli alunni vengono accompagnati presso i nostri ambulatori dalle Insegnanti di classe e da Personale della Scuola, grazie ai Servizi di scuolabus messi a disposizione dalle singole Amministrazioni Comunali.

La visita medica vera e propria è preceduta da un colloquio/consulenza con le Insegnanti finalizzato alla conoscenza del contesto classe e al confronto su tematiche e problematiche specifiche riguardanti i singoli e/o la classe nel suo insieme.

Successivamente, i bambini vengono informati sulle attività e sul significato della prevenzione: è questo un momento essenziale, in quanto viene sottolineato l'aspetto di condivisione

dell'esperienza, di primo contatto con il Sistema Sanità in condizione di pieno benessere e, conseguentemente, l'importanza della prevenzione rispetto alla cura.

Gli alunni vengono poi sottoposti ad una visita medica generale completa di rilevazione di peso e altezza, di screening oculistico con valutazione dell'acuità visiva, screening odontoiatrico, di screening posturale e plantare, di screening per le disabilità linguistiche, che viene effettuato in collaborazione con la S.S.D. Disabilità Linguistiche e Cognitive Età Evolutiva (resp. Dr.ssa d. Pezzella).

Al termine delle attività, vengono comunicate ai genitori le evidenze patologiche riscontrate, con invito a rivolgersi al Pediatra di Fiducia per la valutazione dell'opportunità di un eventuale approfondimento specialistico.

Si sottolinea che con i Pediatri, nel corso degli anni, si è andato consolidando un ottimo rapporto di collaborazione e di confronto costruttivo.

Le comunicazioni vengono inviate ai genitori in busta chiusa per il tramite degli Insegnanti.

Per problematiche particolari, nelle quali si valuta fondamentale il contatto diretto con le famiglie, ai genitori viene inviato un invito a presentarsi presso la nostra sede, nella quale troveranno, negli orari indicati, medico ed operatore sanitario disponibili al colloquio per concordare interventi nell'interesse del bambino.

Si sottolinea che, nel corso degli anni, è stato operato un processo di omologazione delle attività che, attualmente, vengono condotte in modo uniforme in tutte le sedi.

Si è registrato anche, nel tempo, un miglioramento della risposta delle Scuole e delle Famiglie, con un aumento della compliance e conseguente incremento percentuale dei bambini sottoposti a visita e dei contatti diretti con i Genitori e con i Pediatri, indicatori importanti di miglioramento della qualità del servizio offerto.

Riportiamo di seguito i dati relativi alla specifica attività condotta nel corso dell'anno scolastico 2008-2009, in considerazione del fatto che i dati dell'anno scolastico 2009-2010 sono in corso di elaborazione.

<i>DATI PROGETTO</i> <i>“PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOFISICO PER L'INGRESSO ALLA SCUOLA DELL'OBBLIGO”</i> <i>a.s. 2008-2009</i>			
DISTRETTO B	ALUNNI ISCRITTI	ALUNNI VISITATI	%
FR 4	825	751	91
FR 3	247	225	91
FR 5	353	325	92
FR 6	187	156	83
TOT	1612	1457	90

Controlli coperture vaccinali			
DISTRETTO B	ALUNNI VISITATI	SOLLETTI	%
FR 4	751	96*	12,8
FR 3	225	57	25,3
FR 5	325	160	49,2
FR 6	156	30	19,2
TOT	1457	343	13,1**

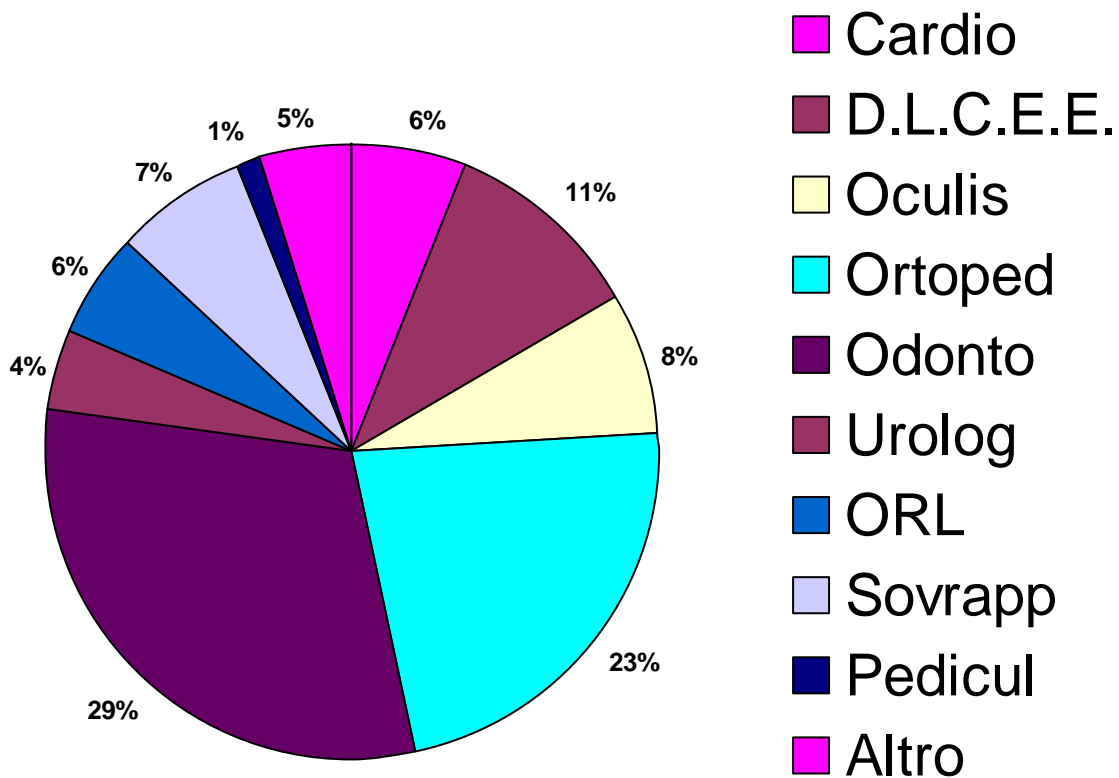
* Dato non completo per impossibilità di verifica delle sedi periferiche in tempo reale

** Valore percentuale come media ponderata

COUNSELLING						
DISTR. B	ALUNNI VISITATI	COMUNICAZIONI GENITORI	CONVOCAZIONI GENITORI	COLLOQUI DIRETTI GENITORI	COLLOQUI TELEFONICHE	COLLOQUI INSEGNANTI
FR 4	751	830*	160	132	35	91
FR 3	225	236*	27	20	7	20
FR 5	325	288*	31	25	116	34
FR 6	156	335*	52	30	12	22
TOT	1457	1689*	270	207	170	167

* Per lo stesso bambino possono esserci più comunicazioni

Indicazioni visite specialistiche
(comunicazioni genitori=n°1689)



Ad integrazione e completamento della trattazione, vengono di seguito riportati, in forma sintetica e tabellare, i dati relativi ai progetti attivati nel corso dell'anno scolastico 2009-2010:

ORSEA

ANNO SCOLASTICO 2009 – 2010

SCHEDA RIASSUNTIVA FINALE PROGETTO cod. 3.5

Progetto: **Movimento e benessere** Responsabile del progetto **Dr.ssa Maria Gabriella Calenda**

Struttura Semplice: **Consultorio Pediatrico Distretto "B"**

TIPO DI INTERVENTO	N. SCUOLE	OPERATORI	N. ACCESSI	N. INCONTRI	N. CLASSI	N. ALUNNI ISCRITTI	N. ALUNNI VISITATI/ RAGGIUNTI	CONSULENZA DOCENTI	COLLOQUI GENITORI
Assistenza sanitaria attività sportive	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Certificazioni per esonero ed.fisica	3	10	--	10	--	--	10	--	10
Screening posturale e plantare	56	19	1	125	126	1699	1533	--	1
Indagini conoscitive	6	2	12	12	8	160	140	14	--
Incontri educazione alla salute	6	3	6	6	14	350	350	12	--

ORSEA

ANNO SCOLASTICO 2009 – 2010

SCHEDA RIASSUNTIVA FINALE PROGETTO cod. 3.4

Progetto: **Prevenzione malattie trasmissibili in comunità** Responsabile del progetto **Dr.ssa Maria Gabriella Calenda**

Struttura Semplice: **Consultorio Pediatrico Distretto "B"**

TIPO DI INTERVENTO	N. SCUOLE	OPERATORI	N. ACCESSI	N. INCONTRI	N. CLASSI	N. ALUNNI ISCRITTI	N. ALUNNI VISITATI/ VACCINATI	CONSULENZA DOCENTI	COLLOQUI GENITORI
Controllo strutture	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Sorveglianza sanitaria	68	14	64	101	164	--	3277	97	38
Campagne vaccinazione	--	21	--	--	--	--	18.086	--	18798
Screening malattie diffuse	56	21	40	224	178	--	2898	--	52
Incontri educazione alla salute	54	12	72	113	166	--	3685	56	90

A conclusione di questo excursus sui dati più significativi delle nostre attività, ci corre l'obbligo di ribadire:

- L'importanza della promozione di progetti integrati con le Scuole
- La necessità della massima disponibilità alla collaborazione con tutte le altre forze in campo impegnate in attività di prevenzione
- L'importanza di consolidamento della collaborazione con il mondo della scuola e con i Pediatri
- La fondamentale necessità di sensibilizzazione e coinvolgimento delle famiglie, prime artefici, protagoniste e responsabili della promozione di sane abitudini e corretti stili di vita nelle nuove generazioni

7.4. La Scuola Promotrice di Salute: l'esperienza dei Corsi di Educazione all'affettività e sessualità

Dott.ssa Simonetta Ferrante Psicologa Psicoterapeuta Resp.le S.S. Consultorio Familiare D/B

Dott.ssa Rita Venditti Assistente Sanitaria Esperta Consultorio Familiare di Frosinone

Dott.ssa Laura Taccheri Psicologa Volontaria Consultorio Familiare di Ceccano

Premessa

Il lavoro presentato si riferisce ai Corsi di educazione alla affettività e alla sessualità realizzati dagli operatori dei Consultori Familiari aziendali nelle Scuole medie di primo e di secondo grado: una linea di attività da sempre specifica del Consultorio Familiare, pertanto oggetto di formazione permanente teorica e metodologica.

Le modalità di realizzazione presentate sono applicate dalle diverse équipes consultoriali, in quanto scaturite da un'esperienza pluriennale, una riflessione condivisa e corsi di formazione e di aggiornamento aziendali sul tema.

I Consultori Familiari realizzano da anni interventi di educazione socio-affettiva e sessuale nelle Scuole Medie di primo e di secondo grado, finalizzati a facilitare lo sviluppo psico- relazionale e sessuale di pre-adolescenti e adolescenti e ad informarli dei servizi offerti loro dalle strutture consultoriali presenti sul territorio.

Introduzione

DEFINIZIONE DI "SCUOLA PROMOTRICE DI SALUTE".

La definizione di Scuola Promotrice di Salute, formulata dalla letteratura psicopedagogica anglosassone degli anni '90, esprime il principio che la salute del soggetto può essere migliorata e tutelata attraverso un "curriculum della salute" programmato all'interno dei vari ordini di scuola, garantendo agli studenti un ambiente di sostegno fisico e sociale in merito alle scelte di salute. In tal senso la promozione della salute può essere rafforzata attraverso l'interazione tra la scuola e contesti esterni e la formazione di alleanze con la comunità che possono, a loro volta, influenzare positivamente la comunità nella quale le scelte di salute dei ragazzi sono agite. Da ciò l'esigenza di collaborazione tra il settore educativo- formativo e quello socio-sanitario a tutti i livelli, locale, nazionale e internazionale, per condividere finalità e obiettivi, risorse umane e finanziarie.

Salute degli Adolescenti.

Le attività di promozione/educazione alla salute nelle Scuole medie inferiori e superiori adottano le seguenti linee metodologiche:

- realizzare l'intervento prevalentemente per gruppo classe
- promuovere il modello esperienziale per recuperare e favorire la riflessione a partire dall'esperienza di vita quotidiana connessa con la tematica d'intervento
- prevedere l'integrazione con la normale attività didattica
- favorire la continuità dell'intervento tramite il collegamento con lo spazio adolescenti

Nel Consultorio Familiare, infatti, è attivo da circa venti anni uno spazio di consultazione riservato agli adolescenti e giovani, tra i 13 ed i 25 anni, denominato "Spazio Giovani", caratterizzato da:

- garanzia e tutela della prima accoglienza
- predisposizione di un percorso unico di prima accoglienza, adottando una modalità flessibile e garantendo l'accesso diretto
- attivazione di risposte integrate, funzionali alla pluralità dei bisogni degli adolescenti
- attivazione di idonee strategie operative
- offerta di uno spazio d'ascolto e consultazione
- previsione di un idoneo percorso di follow-up
- garanzia di una costante promozione all'accesso della popolazione adolescenziale attraverso periodiche campagne promozionali

La sfera emozionale affettiva riveste una notevole importanza nello sviluppo dell'individuo, soprattutto nelle fasi di vita della preadolescenza e dell'adolescenza, in cui i ragazzi cominciano a definire le proprie scelte personali e sociali. L'educazione all'affettività e sessualità è finalizzata a:

- facilitare gli studenti ad acquisire conoscenza e consapevolezza delle emozioni proprie e degli altri;
- valorizzare le proprie risorse nella gestione della comunicazione interpersonale e nei rapporti con i pari e con gli adulti.

Tale approccio promuove il pieno sviluppo della capacità di apprendimento cognitivo, quali risoluzione di problemi, orientamento a scelte adeguate e promozionali nel proprio percorso di vita, apprendimento emotivo, per consentire all'individuo di realizzarsi pienamente come adulto.

Le fasi della preadolescenza e dell'adolescenza comprendono lo sviluppo della sessualità, nei diversi aspetti, quali la dimensione corporea, l'identità di genere e ruolo sessuale, l'identità sociale. Educare alla sessualità non vuol dire solo stimolare nel ragazzo una graduale presa di coscienza delle caratteristiche somatiche e fisiologiche proprie dei due sessi, ma soprattutto estendere tale consapevolezza agli aspetti affettivi e psico-sociali della sessualità. In questa prospettiva, è quindi fondamentale fornire a preadolescenti ed adolescenti la possibilità di confrontarsi e riflettere in un clima di fiducia e di ascolto reciproco attraverso l'educazione socio-affettiva. Ciò evita che i ragazzi si chiudano in modo difensivo, rigido e stereotipato nelle loro posizioni, soprattutto riguardo alla sfera della sessualità, la cui consapevolezza è fondamentale per l'individuo in evoluzione.

Un buon intervento di educazione alla sessualità utilizza metodologie idonee a facilitare la creazione di uno spazio di dialogo e confronto all'interno del gruppo classe, finalizzato ad aiutare i giovani a conoscere e riconoscere i vari aspetti del tema, senza che l'adulto imponga norme e modelli di comportamento. La valorizzazione della dimensione sessuale è trasmessa con il sostegno di competenze orientate al rispetto di sé e dell'altro, alla responsabilità delle proprie azioni, alla capacità di prendere decisioni in modo autonomo, promuovendo un atteggiamento positivo e critico nei confronti della sessualità.

Obiettivo Generale:

- Promozione della salute nell'ambito della sessualità e corporeità nella dimensione personale, relazionale, sociale

Obiettivi Specifici:

1. familiarizzazione con i temi e il linguaggio della sessualità;
2. confronto su aspettative, paure e dubbi rispetto alla vita sessuale;
3. consapevolezza della naturalità e universalità della sessualità;
4. conoscenza dei vari aspetti (biologico, psicologico e sociale) della sessualità.

Procedura

I Consultori Familiari inviano alle scuole medie inferiori e superiori della Provincia una lettera di presentazione dell'offerta formativa dei Corsi di Educazione all'affettività e sessualità chiedendone l'adesione.

Le scuole confermano la loro partecipazione e concordano i giorni e la disponibilità, tramite gli insegnanti referenti per l'educazione alla salute.

Le figure professionali del Consultorio Familiare che si occupano dell'organizzazione e realizzazione del Corso sono: Assistente Sanitaria, Psicologo, Assistente Sociale, Ostetrica e Infermiera.

I temi affrontati nel gruppo classe sono:

- Ruoli e comportamenti
- Cambiamento e corporeità
- Innamoramento e amore

- Sesso e amore
- La norma sociale
- La contraccezione
- Comportamenti responsabili
- Fertilità e gravidanza

Modalità di realizzazione degli incontri

1. Presentare ai ragazzi una trattazione del tema adeguata al linguaggio dei ragazzi, utilizzando una **terminologia corretta, chiara e condivisa**.
2. Offrire a tutti gli studenti la possibilità di **esprimersi spontaneamente**, lavorando con il gruppo-classe per creare un buon **clima d'aula**, fondamentale in ordine al raggiungimento dell'obiettivo prefisso. Tutti vengono incoraggiati a parlare delle proprie **esperienze e aspettative della vita sessuale**
3. Affrontare le differenze tra il maschile e femminile, le tematiche relative al corpo e alle emozioni che esso esprime, per far emergere l'atteggiamento di ognuno nei confronti della propria e altrui sessualità, lo sviluppo dell'identità sessuale di genere e ruolo.
4. Analizzare **valori e immagini della sessualità** presenti nella cultura per aiutare i ragazzi ad ampliare e approfondire il proprio concetto di sessualità.
5. Trattare il tema del **corpo** come strumento di conoscenza, messaggero di emozioni e strumento di relazione, al fine di comprendere la universalità e naturalità della sessualità.
6. Trasmettere un messaggio chiaro ed esplicito sul **piacere**, inteso come modalità di percezione universale ed elemento fondamentale della vita umana.

Lo sviluppo psico-sessuale è trattato nelle diverse componenti della sessualità, mettendo in rilievo, sia gli **aspetti biologici** (già previsti nel programma di scienze), che quelli **psicologici e sociali**., allo scopo di:

1. favorire confronto, accettazione e rispetto di opinioni, comportamenti e atteggiamenti diversi dai propri;
2. rendere consapevoli i ragazzi dei processi di identificazione che mettono in atto nella società in cui vivono, in particolare in relazione al loro ruolo sessuale;
3. implementare le conoscenze sociali ed emotive necessarie a vivere positivamente e in modo paritario la relazione amorosa.

Durata e tempi

Il corso si articola in tre incontri, della durata di un'ora ciascuno, realizzati mantenendo la struttura del gruppo classe, all'interno dell'orario scolastico. I diversi temi vengono presentati con una breve relazione introduttiva, che propone i contenuti su cui articolare gli interventi del gruppo, promuovendo il coinvolgimento e l'animazione dei ragazzi con modalità di apprendimento attivo.

Le modalità operative adottate si basano sulla didattica attiva, utilizzando tecniche e modalità quali il brain-storming e l'acrostico, strumenti operativi volti a realizzare un coinvolgimento degli studenti, per la formulazione di una definizione dell'affettività, dell'amicizia, dell'amore, della sessualità.

Il materiale strutturato utilizzato:

- Questionari, che vengono somministrati agli studenti all'inizio e alla fine del Corso per valutare il grado di conoscenza iniziale e verificare l'incremento delle conoscenze sui temi esposti.

- Stampati con lo schema della figura umana maschile e femminile, di cui si chiede ai ragazzi di colorare le parti più gradite, per stimolarne l'espressione del valore attribuito allo schema corporeo e la capacità di descrizione di sé.
- Questionari con frasi da completare, a risposta aperta e chiusa, riguardanti le trasformazioni puberali e il relativo livello di gradimento, nella percezione personale e sociale del ragazzo.

Modelli di riferimento

I modelli teorici e metodologici assunti come riferimento sono relativi a progetti già validati dall'istituto Internazionale di Sessuologia Clinica di Firenze e dai Consultori Familiari di Trento, Sondrio, Grosseto, oltre che attinti dalla letteratura scientifica EBN ed EBM .

Risultati

Indicatori di risultato dell'esperienza sono:

- Il livello di gradimento espresso dai ragazzi, dai docenti e dalle famiglie, manifestato dall'adesione delle Scuole ai Corsi, ripetuta negli anni,
- l'incremento delle conoscenze e la promozione di un pensiero critico più maturo sui temi proposti, rilevato attraverso i questionari pre-post corso
- la richiesta di consulenza da parte dei docenti e delle famiglie
- l'adesione di nuove Scuole al Progetto formativo
- il ritorno degli adolescenti nello Spazio Giovani del Consultorio Familiare, dove, in un ambiente a loro familiare, con uno staff di Operatori esperti, continuare ad approfondire, discutere e affrontare dubbi e disagi giovanili, inerenti la dimensione psico- affettiva e relazionale, la prevenzione di gravidanze indesiderate e di malattie a trasmissione sessuale, senza implicazioni di tipo valutativo o ripercussioni indesiderate su relazioni con coetanei e adulti significativi.

Conclusioni

La formazione permanente degli Operatori e la pluriennale esperienza nelle scuole ha prodotto, nel tempo, un'analisi sempre più accurata dei metodi e delle tecniche utilizzate per i Corsi di Educazione all'Affettività e Sessualità.

Le Scuole raggiunte hanno riportato, in esito all'esperienza, una maturazione dell'atteggiamento tenuto dai ragazzi riguardo ai temi trattati, una maggiore disponibilità della classe al confronto reciproco sulle convinzioni personali e sugli stereotipi sociali relativi all'identità di genere e di ruolo sessuale. L'analisi del contesto socio-culturale ha consentito ai ragazzi di riflettere con maggiore consapevolezza sui modelli educativi utilizzati nei diverse realtà familiari e sociali.

Si conferma quindi il ruolo del Consultorio Familiare, servizio istituzionalmente deputato alla tutela della salute psico- affettiva- relazionale e sessuale degli adolescenti, e la rilevanza degli interventi di prevenzione, agiti in collaborazione con le altre agenzie educative ed il contesto familiare e scolastico per la promozione della salute.

7.5. I Centri di Informazione e Consulenza nelle scuole: storia di un cambiamento

Dott.sa Marina Zainni, psicologa, Dipartimento 3D Frosinone

L'idea di descrivere i cambiamenti che hanno determinato l'attuale modalità di lavoro nelle scuole della nostra provincia, nasce dall'esigenza di sistematizzare e dare senso ad una mole notevole di riflessioni, idee, proposte, ipotesi di lavoro e momenti di emparse, che negli ultimi dieci anni si sono via via espressi all'interno di confronti professionali, a tratti anche appassionati, ma che hanno avuto come denominatore comune la consapevolezza di dover necessariamente adeguare il modello d'intervento psicologico agli importanti mutamenti avvenuti sia a livello sociale che nella realtà scolastica in particolare. L'occasione è data, sul piano formale, dalla pubblicazione di questo Bollettino Orsea come raccolta dei contributi di numerosi operatori della Asl impegnati nel lavoro nelle scuole della Provincia; sul piano sostanziale dalla lettura dei dati raccolti da ognuno anche in riferimento ai nuovi progetti attivati nell'ultimo anno scolastico e che hanno visto l'importante novità del coinvolgimento a pieno titolo della scuola e degli insegnanti.

I CIC sono nati negli anni '90 e si proponevano di formalizzare uno spazio di consultazione rivolto esclusivamente agli allievi delle scuole superiori all'interno dei quali garantire un accesso anonimo, individuale o di gruppo, protetto dalle interferenze delle dinamiche istituzionali e che favorisse la libera formulazione di domande, richieste di aiuto, problematicità difficilmente esprimibili altrove. La premessa di questo modello operativo traeva origine dalla considerazione che proprio la scuola fosse l'ambito\ambiente relazionale in cui più frequentemente trovavano spazio espressivo le pulsioni evolutive dell'adolescenza declinate nei vari stadi di sperimentazione fino al conseguimento di una identità più stabile.

Negli ultimi anni faticosi cambiamenti organizzativi, burocratici, didattici hanno travagliato la scuola italiana con conseguenti forti ripercussioni, non sempre in positivo, sull'immagine percepita di questo sistema educativo. D'altra parte, nel nostro lavoro quotidiano di prevenzione del disagio e di promozione della salute ci interessano maggiormente gli aspetti relazionali che più incidono nel processo di individuazione e costruzione della identità del giovane; costui accede alla scuola superiore nella fase preadolescenziale e si trova al termine del percorso avendo attraversato uno dei passaggi più importanti della propria vita all'interno di un ambiente che rimane pressoché costante per cinque anni. Si ha spesso l'impressione che le enormi potenzialità evolutive insite in questo percorso vadano vanificate da una attenzione orientata verso gli aspetti cognitivi piuttosto che verso una integrazione di esse con le capacità relazionali.

7.5.1. La Scuola come sistema

La scuola italiana, da sempre per tradizione e per cultura, è stata o viene rappresentata come l'ambito formativo per eccellenza dell'individuo, in cui la trasmissione delle informazioni\sapere assicura il conseguimento di uno status che è insieme psicologico e sociale: non a caso l'esame finale del quinquennio formativo viene in generale definito "esame di maturità" esplicitando con tale formula una con-fusione tra ciò che la scuola è o è stata, ciò che dovrebbe essere, ciò che alcuni vorrebbero che fosse. Maturità in che senso? E' essa la misura della quantità di informazioni e conoscenze acquisite ed il loro essere parte integrante e stabile del patrimonio di risorse dell'individuo? O è il livello di integrazione di tali acquisizioni con le capacità sviluppate dall'individuo in altri ambiti, tale da poter essere spendibile in modo funzionale al benessere proprio e della società? E' difficile individuare la risposta anche se verrebbe da dire che la scuola è indirizzata verso la prima definizione. Eppure per quanto inconsapevolmente o addirittura difendendosene, gli aspetti relazionali entrano in gioco anche all'interno di un sistema che sembra orientato alla valutazione quantitativa.

Il nostro punto di osservazione appare a mio avviso privilegiato in quanto, per la continuità e per quantità di impegno professionale, ha attraversato un processo di consapevolezza che riguarda

appunto l'interferenza\influenza degli aspetti relazionali, e quindi emotivi ed affettivi, della relazione interpersonale e quindi di tutti gli attori della relazione scuola individuo famiglia società. Eravamo abituati a pensare alla scuola come ad un sistema che istruisce ma non educa rimandando tale compito principalmente alla famiglia, colludendo con la resistenza degli insegnanti ad assolvere un ruolo anche educativo secondo il principio che non si può insegnare senza educare. In tal modo la scuola ci appariva come un sistema dalle dimensioni rigidamente strutturate in cui le gerarchie individuavano le differenze di potere ed i sottosistemi differenziavano lo svolgimento delle varie funzioni attraverso le mansioni ed i ruoli. La funzionalità di questo sistema era garantito da confini rigidi in cui il flusso di informazioni seguiva le gerarchie ed era tanto più adeguato quanto più i contenuti erano trasmessi secondo modalità sufficientemente chiare.

Questo modello prevalente nella scuola di qualche decennio(?) fa negava abbastanza clamorosamente la possibilità di considerare, come parte integrante del percorso scolastico, l'espressione degli stati affettivi ed emozionali dell'individuo, sia esso discente o docente, rimandandolo ad una generica "capacità di socializzare dell'alunno" per quanto riguarda le espressioni adeguate e stigmatizzando gli aspetti inadeguati della personalità consegnandone la gestione ad un intervento puramente clinico specialistico dello psicologo opportunamente coinvolto; in ogni caso il docente, e quindi la stessa scuola, rimanevano sostanzialmente periferici rispetto all'esame delle dinamiche presenti.

Lo psicologo, dunque, entrava in campo come specialista chiamato ad assolvere un compito di "risoluzione di un problema" con il suo bagaglio di strumenti diagnostici e terapeutici senza grandi opportunità di conoscere e, ancor meno, di intervenire nelle relazioni all'interno del microsistema in cui il problema si era manifestato. Anche il docente, di conseguenza, trovava poco spazio di confronto e di sostegno delle proprie capacità rimanendo ingabbiato nella difesa del ruolo; tuttavia le sensibilità individuali presenti in gran numero, hanno da sempre costituito un elemento positivo e propositivo.

I grandi cambiamenti sociali e l'avvento massiccio della tecnologia che hanno invaso la scuola italiana in ogni ordine e grado, insieme alle numerose riforme della scuola hanno, come già accennato, accentuato forti discrepanze nell'intero sistema disorientando talora le scelte e gli obbiettivi: la scuola ha così attraversato, e lo attraversa ancora, un periodo di grande confusione. Questo processo riorganizzativo, ancora in divenire, sembra aver contribuito a riconsiderare la dimensione relazionale come uno degli aspetti principali del percorso formativo scolastico inglobando all'interno di essa, ed a pieno titolo, tutti gli attori in campo: scuola come organizzazione, docenti, alunni, famiglia, contesto sociale.

Tale fermento trova una delle sue conclusioni nelle linee di indirizzo dettate da Ministero della Pubblica Istruzione per il triennio 2007\2010; in questo documento si sancisce lo spostamento del focus dell'intervento psicologico nelle scuole dalla esclusiva competenza diagnostica e terapeutica alla trasmissione delle competenze utili alla promozione della salute e all'educazione al benessere.

7.5.2. I CIC: uno spazio in evoluzione

Qual è stata e qual è oggi la funzione dello spazio CIC nelle scuole. Mara Selvini Palazzoni, nel 1976 proponeva una definizione di sistema come *"una unità retta da regole proprie ed irripetibili costituita da un insieme di elementi con una storia, sviluppo, scopo comune per un arco di tempo sufficientemente lungo"*; questa definizione sembra poter spiegare come il lungo lavoro effettuato nelle scuole dal nostro gruppo abbia non solo mantenuto la sua validità come spazio di consultazione e consulenza individuale ma anche come esso sia stato utilizzato ed inglobato dal sistema scuola come elemento con il quale ed attraverso il quale costruire un modello formativo più funzionale alle esigenze attuali.

I continui richiami alla promozione e sviluppo di competenze socio-affettive e relazionali negli alunni, promozione e sviluppo delle capacità di ascolto e gestione dell'emozioni da parte degli insegnanti, promozione del benessere e della salute da parte dell'organizzazione scolastica, gestione della multiculturalità, gestione della disabilità, promozione delle competenze genitoriali, cui la scuola è sottoposta negli ultimi anni, hanno attraversato lo spazio CIC moltiplicandone le aree di

intervento ed obbligando i professionisti impegnati a ricercare modelli teorici ed applicativi di riferimento attraverso un aggiornamento che si è man mano precisato e definito.

Le relazioni all'interno della scuola si sono diversificate coinvolgendo sempre più attori e creando maggiori connessioni fra gli elementi del sistema pur nella difficoltà di mantenere i confini distinti e chiari attraverso un adeguato flusso di informazioni. Va precisato che tutto ciò è stato possibile in un campione, pur abbastanza numeroso, di scuole della nostra provincia: laddove la stessa organizzazione scolastica ha mostrato di possedere memoria e capacità di apprendimento organizzativo non riconducibile a singoli elementi. La realizzazione di un progetto formativo rivolto ai docenti delle classi prime delle scuole superiori (Unplugged), la riproposizione del progetto "Filo di Arianna" ed il progetto "Life skills e gruppo dei pari" per gli alunni, sono il risultato solo apparentemente scontato di questa esperienza lavorativa che, lontana dall'essere un punto d'arrivo, sembra invece solo una base "sufficientemente buona" per il futuro.

In altri versanti, purtroppo, osserviamo sistemi scolastici caratterizzati da rigidità e staticità; organizzazioni in cui è evidente l'insufficienza o, addirittura, l'assenza di trasmissione di informazioni relative a tutte le opportunità che Enti o Istituzioni sono in grado di fornire alla scuola stessa e ai suoi studenti. Si manifesta con ciò una resistenza verso l'importanza della "dimensione relazionale" e della sua influenza nel percorso di crescita individuale. Si assiste, pertanto, ad una domanda di intervento ambivalente o disimpegnata; i rapporti docenti/alunni appaiono invece caratterizzati da "personalizzazioni" che possono arrivare ad assumere carattere "moralistico" per la qualità dei contenuti della comunicazione, contraddicendo la funzione di "educazione civica" e di educazione alla socialità ed alla convivenza.

7.5.3. I CIC: ancora uno spazio in cui esprimersi

La consulenza individuale all'interno dello sportello conserva intatta la sua funzione: il CIC è oramai "spazio esperienziale" strutturalmente acquisito dalla scuola, dalla sua memoria e da quella degli studenti. I rituali incontri di presentazione del servizio con le classi prime all'inizio dell'anno scolastico, restituiscono una diversa immagine percepita dall'adolescente dell'incontro con uno psicologo: non più una possibilità a cui accedere di nascosto, da soli, con il timore di essere visti e presi in giro dai compagni e la preoccupazione di essere considerati problematici dagli insegnanti.

Il graduale processo di normalizzazione dell'esperienza di confronto con gli aspetti psichici e psicologici deriva, senza ombra di dubbio, dalla progressiva evidenza dell'importanza della dimensione relazionale e gli stessi insegnanti hanno acquisito la capacità di rappresentare la consultazione psicologica come una opportunità da offrire a tutti indipendentemente dall'esistenza di condizioni di disagio. Gli studenti che fruiscono di questo spazio lo fanno liberamente, da soli o in gruppo, mostrandosi, chiedendolo a chiunque possa fare da tramite; sono abbastanza lontani i tempi in cui ci preoccupavamo di costruire artigianali cassette postali destinate a contenere biglietti con il nome e la classe dell'alunno da chiamare.

Nella sua ricerca di confini relazionali stabili ed in grado di contenere gli effetti della crisi della rappresentazione mentale di sé che la fase adolescenziale comporta, la consultazione psicologica all'interno della scuola offre all'adolescente una alternativa alla manifestazione, spesso esibizionistica, del bisogno di vedere riconosciuta per intero la propria personalità.

Nei confronti degli adolescenti, infatti, si può osservare una gamma vastissima di reazioni emotive da parte degli adulti di riferimento, familiari o insegnanti; si va da sentimenti positivi di comprensione-tenerenza a preoccupazioni e timori per i comportamenti caratterizzati da eccessi, passando per una inconsapevole invidia fino ad arrivare a vera e propria ostilità ed aggressività quando le manifestazioni comportamentali assumono carattere di disturbo per il mondo adulto.

Stiamo ovviamente parlando di adolescenti non problematici perché diversamente i sentimenti si complicano esprimendosi prevalentemente attraverso l'aggressività, il disprezzo, la paura. Per quanto si discuta, si scriva o si dibatta in varie sedi sull'adolescenza e le sue peculiarità, una informazione rivolta alla società in genere, difficilmente riesce ad affrontare in modo approfondito le motivazioni che sono alla base del comportamento adolescenziale. Gli scontri generazionali, a volte violenti, pur essendo patrimonio esperienziale di ogni individuo adulto

sottoposto ad una qualche forma di elaborazione, difficilmente trovano una adeguata modalità di contenimento e di accoglimento soprattutto quando l'attenzione si rivolge in particolare alle manifestazioni ed ai fatti esterni su cui si basa la comunicazione e non agli stati affettivi che motivano il comportamento. Nell'adolescente l'agire prevale sul pensare e la collusione automaticamente messa in atto dall'adulto ostacola la possibilità di riflettere e di mettersi in contatto con i propri vissuti emotivi integrando le spinte pulsionali con la maturità biologica che si viene definendo.

La lotta interiore che ne consegue trova i suoi campi di battaglia per eccellenza nella famiglia e nella scuola. La modificazione della struttura familiare negli ultimi anni è stata in effetti massiccia non solo per l'aumento delle separazioni e delle famiglie allargate in seguito a ricomposizioni di nuovi nuclei, ma anche per il conseguente cambiamento di valori e regole che hanno influenzato i confini generazionali rendendoli meno chiaramente percepibili e chiari. Il confronto con essi, necessario alla strutturazione di una identità stabile diviene ambivalente rendendo difficile e complicato il desiderio e l'individuazione dell'oggetto: l'adolescente ha tutto, nulla gli è vietato purché raggiunga un obiettivo. Le trasgressioni sono tollerate e accolte in un clima falsamente amichevole: ciò che un tempo veniva censurato con punizioni e divieti con i quali misurarsi fanno parte del comportamento condiviso dal gruppo dei pari e pertanto diventano fonte di rassicurazione e di riconoscimento. L'esteriorità, l'immagine, la capacità di avere successo sono i parametri ai quali l'adolescente viene spinto ad aderire dalle richieste esterne; non c'è spazio per l'espressione degli stati d'animo tipici di questo periodo: paura, solitudine, insicurezza, senso di inadeguatezza, rabbia, incomunicabilità.

Quando essi esplodono a causa di una coesione interna non ancora stabile la sorpresa dell'adulto diventa facilmente preoccupazione per una possibile patologia ed il coinvolgimento di figure professionali diventa delega alla gestione dell'emotività. La consultazione psicologica all'interno della scuola allora svolge per intero la sua funzione: spazio di ascolto e di accoglimento degli stati emotivi, possibilità di comunicare liberamente le proprie angosce al riparo di sensi di colpa per la propria fragilità; spazio privato e privo di caratteristiche clinico-istituzionali che sollecitano fantasie ancora più angoscienti di diagnosi, problematicità, patologie, stigma. E ancora: il CIC sta assumendo sempre più frequentemente un ruolo di mediazione ed intermediazione con l'adulto, genitore o insegnante, disposto a riorganizzare i limiti ed i confini della propria funzione rendendoli più adeguati alle esigenze del giovane.

L'impegno futuro ci impone il compito di essere pronti a rispondere alle richieste di progetti per la promozione delle competenze genitoriali, promozione e sviluppo di competenze socio-affettive e relazionali in grado di prevenire comportamenti disfunzionali, valorizzazione del ruolo dell'insegnante, promozione della collaborazione e della comunicazione scuola-famiglia. Una lettura sufficientemente attenta e precisa delle dinamiche che ci troveremo ad affrontare ed una continua formazione professionale specifica ci permetterà non solo di realizzarli ma anche di renderli funzionali.

7.6. Scuola, alieni e alienati: incontri ravvicinati di un certo tipo

Il ruolo dei Centri di Salute Mentale

Dr Nicola MASTROCOLA - Psicologo - Centro di Salute Mentale Alatri

Il rapporto esistente fra un servizio di salute mentale per gli adulti e il mondo della scuola è vario e complesso, anche se appare, nelle sue attività prevalenti, indiretto e poco conosciuto. Ciò per molti ordini di fattori. Anzitutto vi è un problema di domanda di intervento che raramente assume veste istituzionale, esistendo una competenza di altri servizi. Scompare direttamente dai rapporti istituzionali, ma ricompare attraverso una lettura dei vari interventi individuali.

Esiste anzitutto un tipo di intervento legato al disagio già presente nel personale docente e non docente della scuola, disagio che si esplicita nelle richieste personali di presa in carico per i più svariati disturbi: dall'ansia allo stress alle patologie psichiche conclamate. Il contatto individuale privato non può ovviamente diventare esplicitamente dato pubblico per la riservatezza del rapporto, eppure la frequenza dovrebbe far riflettere su un fenomeno che ha caratteristiche sociali nelle caratteristiche ma diventa individuale nelle domande e nelle risposte. Accanto ad alcune problematiche strettamente collegate al benessere organizzativo si riscontrano situazioni legate a fasi critiche di passaggio nei rapporti lavorativi in genere come il periodo precedente e/o successivo il pensionamento e le reazioni emotive alle variazioni strutturali e socioculturali della scuola.

Queste fasi si intrecciano con fattori di investimento emotivo presenti delle tematiche della scuola molto spesso sullo sfondo. Si fa riferimento al rapporto fra vita privata e vita lavorativa, alle problematiche relazionali e/o alle competenze e dinamiche comunicative. La presenza del disagio mentale è molto forte, anche se viene negata o rimossa lasciando che il problema diventi individuale sfoci spesso in vissuti di abbandono e/o solitudine. Gli interventi effettuati a titolo formativo nella scuola, pur nascendo spesso da necessità istituzionali fanno sempre emergere nei partecipanti la stretta connessione fra il ruolo rivestito nella scuola e le fragilità individuali nell'affrontare problematiche complesse in cui i limiti fra personale e professionale sono molto sottili. Questo livello, presente molto più di quanto sia immaginabile si evidenzia ad esempio (come rilevato dallo studio Getsemani svolta dai Collegi Medici della ASL Città di Milano nel periodo 1/92 - 12/01) nel primato, non certo piacevole, degli insegnanti come categoria professionale (fra quelle della pubblica amministrazione), che presenta il più alto livello di disturbi mentali come causa di inabilità al lavoro. Nella quotidiana attività clinica le richieste sempre più in aumento dagli individui operanti nel mondo della scuola pongono domande importanti sull'opportunità di intervento solo a patologia esplosa e se l'intervento debba essere solo individuale e personale.

La risposta indispensabile è l'opportunità di un necessario intervento formativo rispetto alla prevenzione del malessere organizzativo e del disagio emotivo. Questo malessere assume varie forme a seconda della prospettiva relazionale che si assume (esempio rapporto adulti-adulti ma anche adulti-alunni e gioco delle relazioni con i gruppi insegnanti - adolescenti - famiglie). La strutturazione di un vissuto relazionale e comunicativo negativo presenta caratteristiche incidenti sia a breve che a lungo termine sulle concause negative delle fratture di personalità che portano alla strutturazione di psicopatologie anche gravi.

Un altro problema che si sta presentando ai servizi di salute mentale è l'aumento di esordi sempre più precoci nei giovani che attraversano come pazienti invisibili *predestinati* il mondo della scuola per esplodere appena si esce dal periodo scolastico per entrare nella maggiore età. E anche se apparentemente non si sono manifestate problematiche nella carriera scolastica la carenza delle Life skill, delle capacità di vita, si osserva pesantemente nell'ingresso del mondo degli adulti e del lavoro. Ciò, come detto, si osserva sempre più frequentemente, tanto da obbligare un operatore della salute mentale a dover prevedere una riflessione anche su interventi di abilitazione e/o riabilitazione proprio sui pazienti giovani che pervengono al servizio e che sembrano sempre di più carenti dei requisiti di resistenza alle frustrazioni.

La partecipazione allora di un centro di salute mentale nelle attività formative e negli interventi sulle capacità di vita in tutti i suoi aspetti non è una attività secondaria dal punto di vista istituzionale, anche se non è direttamente prevista dal gioco delle competenze, ma diventa parte integrante del progetto che è alla base del concetto stesso di salute mentale

7.7. Attività di consulenza ed orientamento all'interno dell'IIS Maccari di Frosinone

Dott.sa Anna De Filippis, Dott.sa Rita Grandi, D3D Frosinone

Il lavoro svolto all'interno del Liceo socio-psico-pedagogico F.lli Maccari di Frosinone nell'anno scolastico 2009/2010, dopo un incontro preliminare e di conoscenza con la nuova docente referente Prof.ssa Di Gennaro Carmela, è stato improntato, anche in relazione alla richiesta da parte del Responsabile d'Istituto e dagli insegnanti interessati, ad un rapporto di collaborazione a più ampio raggio rispetto alla semplice attività di informazione e consulenza realizzabile attraverso lo sportello. Ad inizio anno infatti, si è proceduto a prospettare alla Commissione Benessere e Promozione dell'Agio Psicofisico interna all'istituto, un programma di massima comprendente le attività che si sarebbero potute svolgere durante l'anno scolastico.

Il programma è stato così articolato:

- Presenza nell'Istituto degli esperti esterni ogni venerdì a settimane alterne, con orario 10,00-12,00, per attività di ascolto, consulenza e programmazione interventi.
- Attività di Consulenza ed orientamento agli insegnanti coordinatori di classe
- Attività di accompagnamento e supporto per il prosieguo del progetto "Filo D'Arianna"

Si è proceduto pertanto ad organizzare ad inizio anno scolastico una serie di incontri per la presentazione dell'attività CIC alle classi prime prendendo in considerazione non soltanto l'attività di informazione e consulenza in senso stretto, ma anche la possibilità di intervenire su temi di interesse specifico sulle problematiche adolescenziali.

Questi incontri hanno avuto l'obiettivo di stimolare la partecipazione attiva degli studenti e di privilegiare la costituzione di un gruppo C.I.C., formato non solo da "esperti" ma anche da insegnanti referenti e da alunni, con la finalità di promozione dell'agio attraverso specifiche iniziative intra ed extra curriculari.

Gli studenti che hanno usufruito di questo servizio hanno mostrato coinvolgimento e curiosità rispetto a tematiche proprie della loro età e disponibilità al dialogo ed alla comprensione.

Gli argomenti affrontati sono stati sia di carattere generale, quali difficoltà di studio e la conflittualità nel gruppo classe, sia di carattere personale, come la gestione della sessualità, dell'affettività e delle dinamiche familiari.

A seguito di alcune richieste su argomenti specifici da parte di alcune classi, si è ipotizzato di attuare nel prossimo anno scolastico progetti di prevenzione mirati, concordati con gli alunni e rispondenti alle loro esigenze

Le problematiche presentate dagli studenti sono state tra l'altro ribadite anche dagli insegnanti coordinatori di classe, con i quali sono stati programmati diversi incontri finalizzati, attraverso la presa di coscienza della loro realtà scolastica, al raggiungimento di una migliore integrazione e relazione

La docente referente, dotata di elevata capacità empatica, ha supportato le iniziative intraprese durante tutto l'anno scolastico.

La scuola inoltre ha manifestato l'intenzione di continuare autonomamente con il progetto Filo di Arianna già precedentemente condotto dagli operatori della ASL di Frosinone ed attuato con successo.

E' stato quindi programmato un incontro con gli alunni delle classi quinte (supporter) precedentemente formati per conoscere la loro operatività all'interno della scuola, le loro difficoltà e la loro motivazione alla continuazione del progetto. I ragazzi si sono mostrati molto disponibili, hanno evidenziato le problematiche incontrate in ambito scolastico, ed hanno manifestato entusiasmo alla prospettiva di continuare ad attivarsi nella formazione dei nuovi supporter. Nell'incontro inoltre si è

assicurata ai ragazzi la nostra presenza e il nostro sostegno nel lavoro da svolgere così come previsto tra l'altro, dal progetto a cui la scuola, interessata al suo prosieguo, ha dato grande importanza.

Tale progetto, che è stato ritenuto prioritario rispetto la prevenzione primaria e secondaria, ha visto i docenti interessati motivati ad individuare, selezionare e formare un gruppo di alunni delle classi terze con funzioni di peer supporter con l'obiettivo di attivare potenzialità e percorsi partecipativi basati sul principio dell'autopromozione. A tale proposito è stata chiesta la nostra collaborazione per individuare tramite sociogramma di Moreno i nuovi supporter. Si è proceduto quindi ad organizzare una serie di incontri con il corpo docente interessato al progetto, volti alla pianificazione delle attività relative alle classi da coinvolgere.

Sono state coinvolte nel progetto tutte le cinque terze presenti nell'Istituto con degli incontri di informazione e sensibilizzazione, evidenziando da un lato le peculiarità necessarie per la figura del supporter quali empatia, capacità di ascolto e aderenza alle richieste della popolazione di riferimento, e dall'altro la necessità dell'attivazione della componente studentesca nella programmazione.

In conclusione tutta l'attività ha avuto come obiettivi:

- promuovere l'idea di gruppo classe quale dimensione organizzativa visto che spesso i suoi componenti non si identificano come appartenenti ad un gruppo;
- guidare la riflessione sul significato che ha per ciascuno, il potersi inserire in un quadro d'insieme e nel quale è indispensabile il contributo di tutti;
- far percepire ai ragazzi che l'attività svolta ha avuto come obiettivo porli al centro dell'attenzione con le loro difficoltà ma soprattutto con le loro risorse.

7.8. Struttura Semplice Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva

a cura dell'équipe SMREE Distretto B Frosinone

Da molti anni a questa parte è presente, in ambito sanitario, una forte spinta alla deospedalizzazione, all'integrazione e interazione tra i Servizi e le diverse figure professionali e all'umanizzazione, al fine del raggiungimento della importante mission: la promozione della salute .

Ciò sottende la necessità di un'organizzazione flessibile articolata su diversi livelli capaci di comunicare tra loro.

L'Organizzazione Dipartimentale in una Azienda Sanitaria costituisce l'esempio di come ciò sia possibile e in special modo nell'Azienda USL di Frosinone la quale, nella sua architettura organizzativa, presenta il Dipartimento di Integrazione Socio-Sanitaria e della Tutela della Maternità e del Bambino (DISS) unico nel panorama laziale.

L'Azienda USL di Frosinone è suddivisa in quattro Distretti Sanitari e Quattro Poli Ospedalieri:

Distretto A (Alatri-Anagni), **Distretto B** (Frosinone), **Distretto C** (Sora), **Distretto D** (Cassino).

Il Distretto B esplica la sua azione sanitaria in un'Area Territoriale che comprende quattro punti di riferimento: Frosinone – Ceccano - Ferentino – Ceprano.

Nel DISS del Distretto B sono collocate otto Aree Dipartimentali tra le quali : Area Dipartimentale Materno-Infantile Territoriale. Quest'ultima consta di tre Strutture Semplici : SMREE, Consultorio Familiare, Consultorio Pediatrico e una Struttura Semplice Dipartimentale : Disabilità Linguistiche e Cognitive dell'Età Evolutiva (DLCEE).

La **Struttura Semplice SMREE** si occupa della *prevenzione*, della *diagnosi precoce*, della *cura e riabilitazione* dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva (dalla nascita al 18° anno).

Al suo interno sono presenti quattro punti di erogazione : Frosinone – Ferentino – Ceccano –Ceprano.

In tale Servizio operano diverse figure professionali: Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Assistente Sanitario, Assistente Sociale, Logopedista, Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, Tecnico della Neurofisiopatologia, Educatore Professionale ed Infermiere che collaborano tra di loro trovando nell'équipe lo strumento organizzativo più efficace.

Gli ambiti d'intervento sono riassumibili nelle seguenti voci: interventi sanitari preventivi, interventi sanitari diagnostici, psicodiagnosi, diagnosi riabilitativa, psicoterapia, colloqui con utenti e familiari, interventi domiciliari, interventi riabilitativi, attività sociali, educazione psico-socio-sanitaria, GLH operativi e d'istituto, certificazioni mediche, relazioni mediche e psicologiche, interventi per conto dei Tribunali per i Minori, Esami Elettroencefalografici e Potenziali Evocati Uditivi .

Vari sono i compiti istituzionali e prestazionali della Struttura Semplice SMREE, molti di essi concorrono e consentono la programmazione e l'attuazione di percorsi educativi e ri-abilitativi e di integrazione sociale e lavorativa. Tra questi la collaborazione con gli Enti Locali e Istituzioni Nazionali, per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti diversamente abili e la collaborazione con le istituzioni scolastiche di ogni genere e grado.

Le figure professionali che operano in questa Struttura concorrono all'integrazione dell'alunno disabile attraverso l'applicazione della Legge quadro n.104/92 con incontri programmatici nelle Scuole (GLH operativi e d'Istituto).

Tali incontri sono l'espressione finale di un percorso, in ambito sanitario, diagnostico/valutativo e riabilitativo che racchiude informazioni ed indicazioni utili affinché i docenti possano integrarle nei piani d'intervento educativo-didattici , al fine di ottimizzare e meglio valorizzare le risorse di ciascun alunno.

Nel corso dell'ultimo anno (2009) sono stati effettuati nel nostro Distretto **2681 interventi a favore dell'integrazione scolastica** così suddivisi: - n.625 GLH d'Istituto, - n.1248 GLH Operativi, - n.350 nuove Certificazioni (MOD H), - n.230 Diagnosi Funzionali, - n.200 PDF e – n.28 Fermi scolastici.

1. GLH di Istituto	625
2. GLH Operativi	1.248
3. Nuove Certificazioni (Modello H)	350
4. Diagnosi Funzionali	230
5. PDF	200
6. Fermi scolastici	28
N° totale di Interventi a favore dell'integrazione scolastica	2.681

Il Servizio, inoltre, con alcuni dei suoi professionisti svolge dal 2002 attività di formazione presso l'Università di Tor Vergata di Roma – Corso di Laurea in Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Sede distaccata di Cassino.

Infine il Servizio SMREE annualmente esplica la prevenzione e la riabilitazione anche attraverso **progetti tematici** (“progetto teatro”, “progetto artistico”, soggiorni riabilitativi estivi) , **screening** (“Leggo e Scrivo”, “Giochiamo con i suoni e le parole”), **progetti dipartimentali** in collaborazione con il Consultorio Pediatrico (“ Osservazione neonatale”), **collaborazioni** con Strutture (Aziende Ospedaliere Universitarie) e professionisti quali, ad es. i pediatri per la prevenzione del disturbo neuro-motorio neonatale e **progetti formativi O.R.S.E.A.**

Per quanto riguarda quest'ultimi, nell'anno scolastico 2009-2010 la Struttura Semplice SMREE ha proposto interventi ampiamente descritti nel Bollettino Informativo n° 6 di Settembre 2009 :

- **“Integrazione scolastica alunni disabili”** rivolto a genitori , a studenti e docenti di tutte le Scuole dei Distretti A-B-C-D . L'evento appartiene al progetto di prevenzione primaria e secondaria e rientra nei compiti d'Istituto.
- **“Linee di intervento nei fenomeni di bullismo”**.
- **“Il corpo come uno specchio (trauma, anoressia, bulimia)”**.
Entrambi gli eventi sono rivolti agli studenti delle scuole del Distretto B ed appartengono al progetto di prevenzione primaria e secondaria
- **“L'alunno difficile, analisi delle risorse nei Deficit di Attenzione ed Iperattività”** rivolto a tutti i docenti di tutte le Scuole dei Distretti A-B-C-D .

Tra gli eventi formativi in elenco sono stati scelti dalle Scuole le proposte relative all' “Integrazione scolastica alunni disabili”e a “l'alunno difficile, analisi delle risorse nei Deficit di Attenzione ed Iperattività”.

Per l'Anno Scolastico 2010-2011 la S.S. SMREE prevede di proporre nuovamente all'interno dell'O.R.S.E.A. i quattro eventi formativi.

7.9. Sicurezza, salute, prevenzione: l'impegno del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Pre.S.A.L.)

Dott.sa Lucilla Boschero, Resp. U.O.S. Pre.S.A.L. Distretto B

L'impegno a garantire la sicurezza e preservare la salute dei cittadini sul luogo di lavoro, in un periodo storico di importanti cambiamenti sociali e produttivi, è certamente un fattore altamente qualificante di una società moderna ed evoluta. La crescente attenzione per questo tema da parte dell'opinione pubblica e del mondo politico è, senza dubbio, un'occasione irripetibile per dare maggior impulso alle attività che il sistema pubblico, in particolar modo le Regioni e la ASL, da sempre mettono in campo.

Il legislatore ha tradotto questa nuova sensibilità in atti normativi molto concreti, ai quali devono seguire un adeguato impegno ed un'attenta programmazione delle attività, al fine di conseguire tutta la concretezza di cui necessitano. In particolare è opportuno ricordare il DLgs n° 81 del 9 aprile 2008, che recepisce e riorganizza gran parte della produzione normativa, precedentemente in vigore, introducendo importanti novità che coinvolgono direttamente sia il mondo imprenditoriale e sindacale, che il sistema pubblico.

Al Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Pre.S.A.L.), presente in ogni ASL, è assegnato concretamente il compito di garantire la prevenzione nei luoghi di lavoro attraverso strumenti di controllo sulla corretta applicazione della normativa, di vigilanza e di promozione di adeguati comportamenti.

In particolare tale Servizio:

- Raccoglie ed elabora le informazioni necessarie per accertare i rischi lavorativi e lo stato di salute dei lavoratori;
- Rilascia le autorizzazioni previste da specifiche norme di legge in materia;
- Verifica, attraverso la vigilanza nei luoghi di lavoro, le condizioni di igiene e sicurezza ed il rispetto delle normative vigenti;
- Accerta le cause e le responsabilità nei casi di infortunio e di malattia professionale;
- Promuove l'educazione alla salute dei soggetti esposti a rischi lavorativi;
- Fornisce informazioni e assistenza alle imprese e ai lavoratori sull'attuazione delle normative di legge e su problemi tecnico-sanitari;
- Esegue accertamenti sanitari su alcune categorie di lavoratori;
- Controlla gli accertamenti sanitari eseguiti dai medici competenti delle aziende;
- Effettua indagini sui fattori di inquinamento di natura fisica e chimica nei luoghi di lavoro;
- Progetta e realizza iniziative di aggiornamento e di formazione.

Tutte le iniziative volte a promuovere la cultura della sicurezza sul lavoro rispecchiano lo spirito della normativa che, oltre all'essere un obbligo, rappresenta un'opportunità per promuovere il coinvolgimento e la convinta partecipazione di tutte le componenti sociali in un processo organico di crescita collettiva. In particolare la scuola può e deve essere uno dei luoghi fondamentali per la sedimentazione di tale cultura.

In questa ottica il Servizio PreSAL del distretto B di Frosinone, nell'ambito dell'offerta formativa dell'ORSEA, ha proposto un'iniziativa volta all'incremento della sicurezza e della prevenzione negli istituti scolastici con il coinvolgimento di tutte le figure della prevenzione e la chiara individuazione degli obblighi a cui essi sono soggetti.

Tutto ciò assume particolare importanza, vista la vigente normativa che equipara gli alunni delle scuole di qualsiasi ordine e grado ai lavoratori dipendenti, obbligando non soltanto al mantenimento di

uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, ma anche alla creazione di una base consolidata di cultura della prevenzione, in vista della loro futura vita lavorativa.

8. IL PROGETTO UNPLUGGED

Come già evidenziato negli articoli riguardanti il gruppo di coordinamento regionale, il progetto UNPLUGGED è attivo sul nostro territorio dallo scorso anno scolastico. Prima di evidenziare i resoconti dell'attività, offriamo un breve sunto delle finalità e caratteristiche del progetto. Il materiale che presentiamo è tratto dal sito ufficiale del progetto: www.eudap.net, uno dei pochi siti in cui i documenti ufficiali sono interamente disponibili e gratuiti.

8.1 Premessa

L'uso di tabacco, alcol e altre sostanze psicoattive è attualmente il più rilevante problema di salute pubblica tra i giovani nei paesi sviluppati.

Secondo i risultati dello studio ESPAD (Italia 2006) il 41% degli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni riferisce di aver fumato almeno una sigaretta negli ultimi trenta giorni, mentre il 27,2% delle ragazze e il 26,6% dei ragazzi della stessa fascia di età dichiara di fumare quotidianamente. Circa il 70% dei giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni ha assunto alcolici negli ultimi 30 giorni.

Per quanto riguarda la cannabis, l'uso "una o più volte nel corso degli ultimi 12 mesi" viene riferito dal 24,5% degli intervistati, mentre quello di cocaina ed eroina viene registrato rispettivamente in circa il 4% e 1,6% dei casi.

L'alcol, il fumo di tabacco e le sostanze psicoattive hanno in comune la capacità di creare dipendenza: questa è ormai considerata una malattia dell'encefalo cronica-recidivante, perché dopo la cessazione, l'astinenza totale è rara e difficile da mantenere e le ricadute si possono ripresentare.

La prevenzione dell'inizio è dunque la strategia principale per affrontare questo problema. I programmi di prevenzione hanno due obiettivi: prevenire la sperimentazione in chi non ha mai fatto uso, e impedire che l'uso diventi abituale e crei dipendenza in chi ha già sperimentato.

La scuola rappresenta un contesto appropriato di prevenzione sia per la possibilità di raggiungere in modo sistematico ed efficiente un numero significativo di studenti ogni anno, sia perché l'insegnante può lavorare con gli studenti prima che si siano formati un'opinione stabile sulle sostanze psicoattive.

La maggior parte dei programmi di prevenzione scolastica condotti oggi in Europa non è mai stata sottoposto a valutazione e, per i pochi programmi valutati sono stati elaborati negli Stati Uniti e potrebbero non essere adeguati alla cultura europea.

Nel 2002 la Commissione Europea ha finanziato lo studio EU-Dap (European Drug Addiction prevention trial) con lo scopo di disegnare e valutare un programma scolastico standardizzato, *Unplugged*, per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e altre sostanze. Lo studio ha coinvolto più di 7000 ragazzi d'età compresa tra i 12-14 anni in sette diversi paesi europei (maggiori informazioni sono disponibili sul sito web www.eudap.net).

Unplugged è un programma preventivo basato sul modello dell'influenza sociale in cui sono state integrate le differenti componenti ritenute efficaci: le attività di formazione e di sviluppo delle life skills (assertività, capacità di prendere decisioni, definire gli obiettivi, gestire lo stress e comunicare) vengono supportate dall'educazione normativa e dall'acquisizione di conoscenze sulle sostanze psicoattive. L'educazione normativa offre agli studenti gli strumenti per correggere le loro convinzioni sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive, nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione. *Unplugged* mira a migliorare il benessere e la salute psicosociale dei giovani attraverso il riconoscimento ed il potenziamento delle abilità, personali e sociali, necessarie per gestire l'emotività, le relazioni sociali, e per contrastare le pressioni a favore del consumo di sostanze.

Dalla valutazione dell'efficacia di *Unplugged* condotta 12 mesi dopo l'intervento è emersa una netta diminuzione dell'uso di sostanze tra gli studenti che hanno partecipato al programma rispetto a quelli di controllo: riduzione del 30% del consumo giornaliero di sigarette e degli episodi di intossicazione da alcol e del 23% dell'uso di cannabis. I dati preliminari della valutazione a più lungo termine confermano a grandi linee gli effetti del programma. Questi risultati sono in linea con quelli dei migliori programmi americani (per maggiori dettagli consulta www.eudap.net).

8.2. Il programma *Unplugged*

a) OBIETTIVI

- Ritardare la prima assunzione di tabacco, alcol e altre sostanze tra gli adolescenti ed il conseguente passaggio al consumo regolare.
- Sviluppare e potenziare le abilità personali e sociali degli studenti.

b) CARATTERISTICHE

Il programma consiste di 12 unità, di cui una dedicata all'educazione normativa, suddivise in tre parti:

- le conoscenze e le attitudini in grado di sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze;
- le competenze interpersonali, tra cui la comunicazione efficace e l'empatia;
- le abilità intrapersonali, come per esempio il problem-solving e la capacità di prendere decisioni.

Il programma è interamente tenuto da un insegnante della classe, formato con un corso di 2,5 giorni e supportato da materiali riportanti istruzioni molto dettagliate e, qualora necessario, da un help desk gestito da OED-Piemonte.

Per le sue caratteristiche di ritardare o prevenire la sperimentazione delle sostanze psicoattive, il programma è mirato ai ragazzi del secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado e al primo anno delle scuole secondarie di secondo grado.

c) CORSO DI FORMAZIONE *Unplugged*

METODOLOGIA

Il corso è condotto da formatori accreditati dalla EU-Dap Faculty internazionale. Nel caso della ASL di Frosinone, i tre formatori EUDAP sono: Dott.sa Cristina Cuppini, Dott.sa Simonetta Ferrante, Dott. Lucio Maciocia.

Il corso di formazione prevede una metodologia di tipo attivo-esperenziale che favorisce la partecipazione diretta ed il coinvolgimento dei partecipanti come soggetti attivi della formazione.

Durante il corso si prevede l'utilizzo delle seguenti tecniche/attività: discussioni, attività di gruppo, brainstorming, role-playing e giochi di situazione.

Queste metodologie sono le stesse che gli insegnanti utilizzeranno in classe con gli studenti.

Durante il corso viene presentato lo studio EU-Dap e vengono fornite informazioni sul background teorico dell'intervento; parte delle attività è dedicata in parallelo alla formazione del gruppo. Nel resto del corso ai partecipanti vengono proposte attività di gruppo per approfondire la conoscenza delle unità *Unplugged*.

OBIETTIVI

- Conoscere il modello dell'influenza sociale e le life skills, e il loro ruolo nella prevenzione scolastica dell'uso di sostanze e nella promozione della salute degli studenti.
- Apprendere la metodologia necessaria per lavorare in classe con il modello dell'influenza sociale e delle life skills.
- Conoscere la struttura, i contenuti e le attività di *Unplugged*.

DURATA DEL CORSO

Il corso, della durata di 20 ore, è articolato in due giornate e mezzo. Per l'anno scolastico 2010-2011 sono state previste due edizioni: la prima dal 9 all'11 settembre, la seconda dal 27 al 29 settembre. Per il secondo anno sono state già definite le scuole aderenti.

8.3. Che cosa sono le "Life Skills"?

Con l'espressione "life skills" si indica l'abilità di apprezzare e rispettare gli altri e di creare relazioni positive con la famiglia e gli amici, la capacità di ascoltare e comunicare in modo efficace, di fidarsi degli altri e di assumersi le proprie responsabilità. Una definizione di questo tipo suggerisce che le life skills potrebbero differenziarsi tra culture e contesti. Tuttavia, l'analisi sul campo suggerisce come

esista un insieme basilare di abilità e capacità che costituisce il nucleo delle iniziative di promozione della salute e del benessere di bambini e di adolescenti.

Queste abilità sono:

- Pensiero critico
- Capacità decisionali
- Soluzione dei problemi
- Pensiero creativo
- Comunicazioni efficaci
- Capacità di relazione interpersonale
- Auto-consapevolezza
- Empatia
- Sapere gestire le emozioni
- Sapere gestire lo stress
- Credo normativo

Il pensiero critico è la capacità di analizzare informazioni ed esperienze in modo oggettivo. Può contribuire alla salute aiutandoci a riconoscere i fattori che influenzano il comportamento, come i valori, o la pressione dei pari e dei media.

Le capacità decisionali aiutano ad affrontare in modo costruttivo le decisioni che riguardano la nostra vita. Si applicano al settore della prevenzione sanitaria nel caso in cui i giovani prendano decisioni legate alla propria salute valutando le opzioni disponibili e le conseguenze che tali decisioni possono comportare.

La soluzione dei problemi ci permette di affrontare in modo costruttivo i problemi che incontriamo nella vita. Problemi significativi irrisolti possono causare stress mentale, il che può a sua volta portare problemi a livello fisico.

Il pensiero creativo contribuisce sia alle capacità decisionali che alla soluzione dei problemi, permettendo di esplorare le alternative disponibili e le diverse conseguenze dell'azione o della non azione. Aiuta a guardare oltre le esperienze dirette. Anche se non si identificano problemi particolari, o non si prende alcuna decisione, il pensiero creativo può aiutare a rispondere con flessibilità alle situazioni della vita quotidiana.

La capacità di comunicare in modo efficace riguarda il sapere esprimersi, verbalmente o non verbalmente, in modo appropriato alla propria cultura e alla situazione in cui ci si trova. Questo significa essere in grado di esprimere desideri, necessità e paure. Può anche significare essere in grado di chiedere consiglio o aiuto nel momento del bisogno.

Le capacità di relazione interpersonali aiutano a relazionarsi in modo positivo con gli altri. Essere in grado di instaurare e mantenere relazioni amichevoli può rivelarsi di grande importanza per il nostro benessere mentale e sociale. Mantenere buone relazioni con le persone è fonte di supporto sociale. Anche essere capaci di terminare in modo costruttivo una relazione fa parte delle capacità intrapersonali.

L'auto-consapevolezza include la capacità di riconoscere noi stessi, il nostro carattere, le nostre forze e le nostre debolezze, i gusti e le avversioni. Sviluppare l'auto-consapevolezza può aiutarci a riconoscere quando siamo stressati o sotto pressione. Spesso, è anche un prerequisito delle capacità di comunicare in modo efficace e delle relazioni interpersonali, come pure dello sviluppo di relazioni empatiche con gli altri.

L'empatia è la capacità di immaginare quello che un'altra persona può provare in una situazione che non ci è familiare. L'empatia può aiutarci a capire ed accettare altre persone molto diverse da noi, può migliorare le interazioni sociali ed incoraggiare comportamenti di supporto verso persone che necessitano di cura, assistenza o tolleranza.

Sapere gestire le emozioni implica la capacità di riconoscere le emozioni negli altri e in noi stessi, di essere consapevoli di come le emozioni influenzano il comportamento, e di essere in grado di rispondere alle emozioni in modo appropriato. Le emozioni intense come la rabbia o il dolore possono avere effetti negativi sulla nostra salute se non reagiamo in modo appropriato.

Sapere gestire lo stress implica la capacità di riconoscere le fonti di stress nella nostra vita e come queste ci influenzano, e di agire per controllare i livelli di stress a cui siamo sottoposti. Questo può significare la necessità di agire per ridurre le fonti di stress (per esempio, modificando l'ambiente fisico in cui ci troviamo o il nostro stile di vita) o ancora imparare come rilassarsi, affinché le tensioni create da stress inevitabili non portino a veri problemi di salute.

Il credo normativo è il fenomeno per cui le opinioni che vi siete fatti su qualcosa diventano la norma del vostro comportamento. Se questo credo si basa su informazioni o interpretazioni sbagliate, la norma è inadeguata. I giovani tendono ad avere un credo esagerato riguardo i comportamenti dei teenager più grandi (per esempio, quasi tutti fumano hashish a 16 anni). Questo credo diventa la norma ed influenza il loro comportamento. Si fa riferimento a questa situazione anche con l'espressione educazione normativa: correggere le aspettative normative e cercare di creare o rafforzare opinioni conservatrici sulla prevalenza e sull'accettabilità dell'uso di sostanze stupefacenti.

8.4 – La realizzazione del progetto UNPLUGGED nella ASL di Frosinone

8.4.1. Il Gruppo di lavoro

- Referente ASL FR Promozione Salute: Dott. Lucio Maciocia
- Formatori EuDAP Unplugged: Dott.sa Cristina Cuppini, Dott.sa Simonetta Ferrante
- Tutor aziendali: Dott.sa R. Ciano, Dott.sa G. Del Rossi, Dott.sa L. di Lorenzo, Dott. S. Maggiacomo, Dott. N. Mastrocola, Dott.sa M.L. Martini, Dott.sa R. Parravano, Dott.sa A.R. Pica, Dott.sa A. Pilato, Dott.sa G. Rullo, Dott.sa P. Savino, Dott.sa M. Zainni
- Servizi rappresentati:
 - Area Disagio D3D
 - Consultorio Familiare
 - CSM

Professionalità: psicologi, assistenti sociali;

In linea di massima la figura del tutor coincide con l'operatore CIC all'interno della stessa scuola di riferimento. Questa scelta ha permesso di offrire un supporto costante ai docenti del progetto ed ha permesso una maggiore coerenza e coordinamento tra l'Istituzione scolastica e la ASL e all'interno della scuola.

8.4.2. Le scuole che hanno aderito anno scolastico 2009-2010

- Istituto Superiore di Istruzione Sandro Pertini di ALATRI**
- Liceo Classico Dante Alighieri, Istituto d'arte di ANAGNI**
- Istituto Superiore di Istruzione Tulliano -ITIS Chimici di ARPINO**
- Liceo Scientifico Pellicchia di CASSINO:**
- Liceo Scientifico di CECCANO**
- Liceo Classico Filetico di FERENTINO**
- Liceo Artistico Bragaglia di FROSINONE**
- Liceo Scientifico Severi di FROSINONE**
- ITIS Volta FROSINONE**
- Istituto d'Arte SEZ. DI SORA**

8.4.3. Sintesi dei risultati

- 3 operatori ASL formati secondo metodologia EUDAP
- 25 operatori ASL formati
- 41 Docenti formati in due edizioni
- 29 classi complessivamente coinvolte
- 762 alunni

Tabella riassuntiva Unplugged A.S. 2009-2010

Scuola	Tutor	Docenti formati	n.classi	n.alunni
Liceo Classico Dante Alighieri Anagni	Giuditta De Rossi	Maria Bontatti Maria Ter.Biondi Francesca Frattale	3	73
Istituto d'Arte Anagni	Giuditta De Rossi	Patrizio Giovanna Francesca Rosa	2	34
Istituto d'Arte Sora	Rossana Parravano	Maria A. Pallisco Assunta Cappiello	2	28
Istituto di Istruzione superiore Sandro Pertini Alatri	Giuseppina Rullo Nicola Mastrocola	Maria A.Battaglini Marina Nardoni Eugenia Vinci Marina Frezza	3	77
Istituto di Istruzione Superiore Filetico Ferentino	Anna Rita Pica	Sabrina Cerilli A. M.Giovannini Monica Santaroni Alessandra Trapani	3	64
ITIS Alessandro Volta Frosinone	Anna Pilato	Loredana Alviti Alessandra Iannarilli Mario Cruciani Fernando Muzzone Patrizia Tanzilli Maria C. Petrali	3	66
Liceo Artistico Bragaglia Frosinone	Maria Lucia Martini	Giovanna Carlini Paola Racis Fausta Dumano Maria T.Cecconi Angela D'alessandro	3	67
Liceo Scientifico Severi Frosinone	Marina Zainni	Rosa Caduto Valeria De Maria Daniela Trento Franco Palombi Giovanni Guglielmi Anna M.Pizzutelli Marina Curletto	3	76

Liceo Scientifico Pellecchia Cassino	Rosalia Ciano Salvatore Maggiacomo	Anna M.Pescosolido Valeria Mastronardi Loretta Zomparelli	3	71
Ist. Istr. Sup. Tulliano – ITIS Arpino	Pia Savino	Maurizio Corsetti Anna Rita Ettore Domenico Prosperi	3	75
Liceo Scientifico Ceccano	L. Di Lorenzo, M. Travaglini	Elena Dei Ciocchi Paola Lombardi	2	48

8.4.4. Le scuole che hanno aderito anno scolastico 2010-2011

Tutte e 10 le scuole già presenti nello scorso anno scolastico hanno confermato l'adesione anche per il nuovo anno. Il Liceo Scientifico Severi, l'Istituto Superiore di Istruzione Filetico, comprendente Liceo Classico, Scientifico e ITC, hanno deciso di promuovere il progetto in tutte le classi prime. A queste si sono aggiunte altre 7 scuole:

- Liceo Psicopedagogico-linguistico di ALATRI:**
- Liceo psicopedagogico-linguistico di ANAGNI**
- ITIS Morosini di FERENTINO**
- Liceo Psicopedagogico Linguistico Maccari di FROSINONE**
- Istituto Tecnico Commerciale di CECCANO e CEPRANO**
- Liceo Classico Carducci di CASSINO**
- Liceo Psicopedagogico Linguistico Gioberti di SORA**

La Tabella sottostante offre il riepilogo dell'attività in corso di programmazione per questo anno scolastico. Per i 97 nuovi docenti che stanno per essere formati, sono state previste ben 4 edizioni formative, l'ultima delle quali è a fine ottobre. Lo start operativo è previsto per il 3 novembre per tutte le scuole. In termini assoluti e relativi, il territorio di Frosinone risulterà essere quello con i numeri più elevati dell'intera Regione Lazio, a testimonianza della grande sensibilità dei Dirigenti Scolastici e dei docenti e dell'ottimo lavoro svolto dai tutor presso le singole scuole.

SCUOLA	SEDI	CITTA'	DOCENTI CONFERM ATI	NUOVI DOCENTI	N. CLASSI	TOTALE ALUNNI
LICEO CLASSICO DANTE ALIGHIERI		ANAGNI	3	3	3	72
LICEO ARTISTICO BRAGAGLIA	L.ARTISTICO	FROSINONE	3	3	3	76
	ISA	ANAGNI	1	2	2	45
	ISA	SORA	1	4	3	65
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE PERTINI	ALATRI		4	2	3	75
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE FILETICO	LICEO CL.LSCIET.	FERENTINO	3	7	4	145
	ITC	FERENTINO		7	3	
ITIS VOLTA		FROSINONE	4	5	3	60
LICEO SCIENTIFICO SEVERI		FROSINONE	5	12	8	215
ISTITUTO SUPERIORE TULLIANO	L. CLASSICO	ARPINO		2	2	
	ITIS	ARPINO	3	1	3	130
LICEO SCIENTIFICO PELLECCCHIA		CASSINO	1	3	3	80
LICEO PSICOPEDAG.LING. REG.MARGHERITA		ANAGNI		7	4	128
LICEO PSICOPEDAG.LING. PIETROBONO		ALATRI		6	3	61
LICEO PSICOPEDAG.LING. MACCARI		FROSINONE		5	2	48
ITIS MOROSINI		FERENTINO		4	2	41
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE		CECCANO-CEPRANO		10	4	93
LICEO PSICOPEDAG.LING. GIOBERTI		SORA		6	4	86
LICEO CLASSICO CARDUCCI		CASSINO		8	5	130
TOTALE	SCUOLE		18	28	64	1550

8.4.5. Alcune considerazioni tratte dal confronto con i Docenti formati nel primo anno

a) Punti di forza

- Rinforzo della motivazione nei docenti e negli alunni
- Miglioramento del clima di collaborazione in classe
- Miglioramento dei risultati scolastici
- Risposta generalmente positiva degli alunni
- Forte spinta innovativa nella metodologia didattica
- Possibilità di utilizzo della metodologia di coinvolgimento attivo anche per altre finalità
- Riduzione del drop out scolastico
- Previene il disagio e offre modelli e informazioni positivi di comportamento

b) vantaggi per gli studenti

- Formazione gruppo classe
- Relazione positiva tra allievi ed insegnante
- Rapporto empatico
- Riduzione conflittualità
- Maggiore autoconsapevolezza e autostima
- Migliori risultati scolastici

c) vantaggi per i docenti

- Maggiore rispetto
- Maggiore fiducia
- Maggiore sicurezza
- Acquisizione nuove abilità
- Acquisizione abilità “esportabili”

8.5. Progetto UNPLUGGED: Il punto di vista dell'insegnante

Prof. Giovanni Guglielmi Liceo Scientifico "F. Severi" Frosinone

Il Progetto *Unplugged* entra nelle scuole in una stagione in cui si vanno moltiplicando i progetti, non solo quelli elaborati dalle singole istituzioni scolastiche nella propria autonomia, ma anche quelli proposti da enti esterni e da istituzioni presenti sul territorio.

Nonostante qualche perplessità iniziale dei docenti che cominciamo ad interrogarsi seriamente sulla reale efficacia educativa di una progettualità extracurricolare di cui spesso non è possibile verificare la ricaduta didattica, questo progetto ha comunque suscitato particolare curiosità soprattutto in quei docenti che, come nel mio caso, si occupano di educazione alla salute e che stanno cercando di trovare nuove e più efficaci forme di intervento che vadano oltre il pur necessario livello informativo già ampiamente sperimentato.

Il progetto in questione, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, rientra in un programma del più ampio progetto europeo EUDAP (*European drug addiction prevention trial*) finanziato dalla Commissione europea, ed è un percorso di educazione alla salute, più specificamente di prevenzione scolastica dell'uso delle sostanze.

I temi della salute, del benessere e della prevenzione in età adolescenziale sono entrati già da anni nella scuola, si sono moltiplicate le iniziative, grazie anche alla presenza dei CIC e della collaborazione degli esperti delle ASL, nella consapevolezza che sia meglio lavorare per prevenire i comportamenti a rischio piuttosto che intervenire quando questi comportamenti si sono già manifestati. Spesso però l'inadeguatezza delle risorse e la genericità degli interventi ne hanno decretato il fallimento.

L'urgenza maggiormente sentita oggi è quella di un superamento dell'approccio informativo tradizionale e delle modalità classiche di prevenzione, ponendo invece maggiore attenzione al ruolo attivo dell'adolescente sul proprio stesso sviluppo e trasferendo l'attenzione soprattutto sui fattori di protezione piuttosto che insistere sull'analisi dei fattori di rischio. In tale prospettiva fortunatamente la scuola rappresenta ancora un contesto privilegiato di prevenzione, in quanto percepito dalla maggior parte degli adolescenti come ambiente di vita rilevante e significativo per la loro crescita.

Nel corso dell'anno scolastico 2009-2010, a seguito dell'approvazione del Collegio Docenti e del Consiglio di Classe, ho avuto la possibilità di sperimentare il progetto nella mia classe e di seguirne lo sviluppo nelle altre due classi prime coinvolte nella mia scuola.

E' stato possibile anzitutto rilevarne l'indubbia utilità nella sua applicazione in un contesto educativo controllato quale è quello scolastico e, nello stesso tempo, riflettere su possibili modifiche e miglioramenti da apportare, al fine di incrementarne l'efficacia. Più nello specifico:

Punti di forza del Progetto Unplugged sono stati sicuramente:

- ✓ Il coinvolgimento attivo dei docenti e la loro formazione, non solo teorica, ma esperienziale e interattiva. Sono state ritenute utilissime le tre giornate di formazione iniziale, gli incontri intermedi e di verifica finale con i docenti delle scuole che hanno partecipato ad Unplugged.
- ✓ La fascia d'età interessata (studenti del I anno della scuola superiore): permette di intervenire precocemente per impedire l'uso di sostanze nocive in chi non ha ancora iniziato o almeno di non stabilizzarlo in chi ha già avuto qualche esperienza.
- ✓ La strutturazione del percorso in dodici unità di apprendimento di un'ora ciascuna: sicuramente impegnativo se pensato per una scuola già "troppo piena" di attività e "programmi da svolgere", permette comunque di non limitarsi solo a dare qualche informazione sull'uso di sostanze ma di intervenire sulle *life skills*, le competenze di vita dell'adolescente, e di lavorare sui suoi "compiti di sviluppo", cioè quei problemi concreti, caratteristici di un certo periodo della propria esistenza che tutti gli individui si trovano ad affrontare lungo il proprio ciclo di vita (Havighurst, 1952) e che gli adolescenti vivono in modo particolarmente critico e problematico. Questo permette di rafforzare le abilità necessarie per affrontare la vita quotidiana e quindi di promuovere apprendimento reale in quanto riesce a promuovere una modificazione del comportamento del discente. Lo sviluppo di un pensiero critico e creativo, le capacità decisionali e di soluzione dei problemi, la capacità di relazione interpersonale e di gestione delle proprie emozioni... sono tra le abilità più utili non solo per la prevenzione dell'uso di sostanze, ma rappresentano *life skills*, competenze trasversali per affrontare la

vita e creare benessere. Del loro sviluppo la scuola deve farsi carico, sforzandosi di andare oltre “l’assillo” della trasmissione dei contenuti disciplinari, utilizzando anzi questi ultimi come strumenti culturali per la crescita globale e la maturazione dell’alunno- persona.

- ✓ L’obiettivo di sviluppare negli adolescenti le risorse di cui hanno bisogno per resistere alla pressione dei pari e alle influenze sociali negative generanti devianza: sottende un’idea innovativa di salute, intesa non più semplicemente come assenza di malattia ma come una condizione di benessere fisico, psicologico e sociale che coinvolge la globalità dell’individuo e delle sue esperienze (in pieno accordo con la definizione di salute data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità).
- ✓ Il metodo della *peer education*: riconosce gli adolescenti come soggetti primari nella promozione del proprio benessere e , seppure all’interno di un percorso strutturato, li vede comunque protagonisti attivi e creativi e non semplici ascoltatori delle consuete lezioni frontali del docente.
- ✓ Il miglioramento del “clima di classe”, attraverso il confronto continuo e la cooperazione nello svolgimento delle attività proposte.

Ipotesi di modifiche e miglioramenti:

- ✓ Maggior tempo da dedicare ad ogni unità, da 60 a 90/120 minuti (tempo generalmente necessario nella normale prassi didattica)
- ✓ Coinvolgimento di tutte le classi prime attraverso una presa di coscienza del valore del Progetto e la scelta del Collegio Docenti di introdurlo nella scuola come attività ordinaria di educazione alla salute, evitando così la totale delega di questo compito ad esperti esterni e imparando a lavorare in sinergia con enti, associazioni ed altre istituzioni esterne alla scuola.
- ✓ Continuazione del percorso, almeno per tutto il primo biennio, nell’ambito di “Cittadinanza e Costituzione”. Nel secondo biennio, infatti, come sta già cercando di sperimentare la nostra scuola, sono da introdurre ulteriori tematiche, calibrando l’approccio metodologico su un diverso stadio della fase evolutiva adolescenziale. Occorrerebbe anche valutare la possibilità di estendere il progetto ad alunni in età preadolescenziale delle scuole secondarie di I grado, una fascia di età in cui insorgono, accanto a fenomeni espliciti di dispersione scolastica, le prime forme di disagio legate a comportamenti devianti.
- ✓ Sensibilizzazione di un gruppo più ampio di docenti da avviare alla formazione, che si facciano poi carico della realizzazione del progetto nelle proprie scuole.
- ✓ Riconoscimento e valorizzazione dell’impegno e delle competenze professionali maturate dai docenti coinvolti.
- ✓ Coinvolgimento delle famiglie al fine della promozione di una maggiore “sinergia educativa”.

8.6. Progetto Unplugged: il punto di vista del tutor

Dott.ssa Maria Lucia Martini, Assistente Sociale D3D, Operatore C.I.C. Tutor Aziendale

Cos'è il Progetto Unplugged e di cosa si occupa è già stato detto nelle pagine precedenti e non voglio aggiungere null'altro su questi aspetti. Penso che possa risultare più interessante capire quale è stato l'assetto organizzativo del progetto, che cosa è la figura del "Tutor" e cosa fa all'interno dello stesso.

Sul piano organizzativo possiamo dire che si è seguita una organizzazione "a cascata": sono stati prima individuati a) il Referente per la ASL di FR che partecipa ai lavori di coordinamento regionale e b) gli altri due formatori che insieme al referente aziendale, dopo loro stessa formazione, sono divenuti gli Esperti della Asl. Questo piccolo gruppo ha proceduto prima a formare gli operatori, divenuti in tal modo Tutors aziendali, poi i Docenti di quelle scuole che hanno aderito al progetto.

Chi è e cosa fa il Tutor. La figura del Tutor rappresenta, in questo caso come in tanti altri ambiti dove viene utilizzata, il punto di riferimento di coloro che, all'interno della scuola, portano avanti il progetto: gli Insegnanti, prima di tutto, ossia coloro che nello svolgimento dei vari steps, hanno il contatto diretto con i ragazzi, e gli alunni, anche se in seconda battuta. Rappresenta anche il punto di congiunzione tra la Scuola e l'Azienda Sanitaria, quindi l'Agenzia di Sanità Pubblica.

Alla partenza del Progetto, nel Settembre 2009, sono stati formati, come si diceva, 24 Tutors aziendali, ossia quegli Operatori che, nell'ambito della loro attività nei servizi territoriali di questa ASL, hanno contatti diretti o indiretti con le Scuole. La formazione curata dai nostri tre colleghi¹ facenti parte del gruppo di esperti regionali, ha avuto la stessa strutturazione, come si diceva prima, dei corsi svolti successivamente con i docenti: per i due gruppi formati, quello degli operatori ASL e quello dei docenti, è stato unanime il giudizio sul coinvolgimento attivo e sulla positiva sollecitazione degli aspetti emotivi e relazionali dei partecipanti, che vengono messi in gioco principalmente nel lavoro con gli adolescenti.

Poiché le Scuole che hanno aderito al Progetto per l'anno scolastico 2009/'10 sono state 10, hanno potuto svolgere la funzione di Tutor solo 13 operatori. La Scelta non è stata casuale: in diverse scuole l'Operatore dello sportello C.I.C. è stato anche il Tutor del Progetto, in altre l'Operatore C.I.C. è stato affiancato dal Tutor formato ed infine, forse in un solo caso, il Tutor ha svolto quest'unica funzione. La nostra organizzazione operativa per tutta la durata del Progetto, iniziato purtroppo solo a Dicembre'09/Gennaio'10, è stata:

- ciascun tutor ha effettuato nella propria scuola incontri periodici con i Docenti referenti del Progetto per sostenere, dare indicazioni, monitorare, raccogliere le schede delle unità didattiche svolte,...
- sono stati effettuati incontri periodici quali spazi di condivisione fra tutti i tutors con gli Esperti, per riferire sullo stato di avanzamento del progetto in ciascuna scuola, sulle eventuali difficoltà incontrate, sia dai Docenti che da noi stessi, sul livello di gradimento percepito, sulla positiva o negativa partecipazione degli Insegnati e degli alunni, sulla progettazione del momento di incontro finale con tutti i docenti che hanno lavorato durante l'anno. Questo incontro è stato importante per tutti noi addetti ai lavori, non solo per la raccolta della documentazione del lavoro svolto, ma anche perché ci ha fornito gli spunti per ipotizzare linee operative che tenessero conto di quelli che sono stati enunciati come punti di forza e si potesse dare una virata diversa ai punti di debolezza.

La mia esperienza in veste di Tutor si mescola molto, divenendo un tutt'uno, con la veste di Operatore C.I.C. che indosso ormai da quando, otto anni fa, sono arrivata in questo servizio e fortunatamente sempre all'interno dello stesso Istituto Scolastico: il Liceo Artistico "A.G. Bragaglia" di Frosinone. La continuità operativa conta moltissimo in quei contesti, come purtroppo è oggi la Scuola, dove negli ultimi anni si assiste ad avvicendamenti continui tra dirigenza (è il caso del Liceo Artistico) ed anche tra docenti; conta, dicevo, perchè rappresenta di per sé un punto di riferimento stabile. Nel tempo in questa scuola i rapporti di collaborazione si sono saldati e fortificati, grazie alla continuità ed anche grazie a precedenti progetti che proprio qui hanno avuto degli interessanti sviluppi. In modo particolare parlo del Progetto "Filo d'Arianna", basato sulla peer education: inizialmente il

¹ Dott. L. Maciocia U.O.S. Disagio Dipartimento 3D, Dott.ssa S. Ferrante U.O.S. Consultorio Familiare DIIS, Dott.ssa M.C. Cuppini Dipartimento 3D.

progetto era rivolto solo agli alunni con l'individuazione e quindi la formazione dei Supporters - abbiamo avuto due cicli di supporters e durante questo anno è stato formato il terzo gruppo avviando quindi il terzo ciclo - e successivamente è stato possibile coinvolgere un buon numero di docenti con la consapevolezza che solo attraverso l'appoggio degli adulti di riferimento della Scuola potesse essere possibile per gli alunni proporre, fare, gestire, concretizzare. Attraverso questi corsi di formazione con i docenti, la conoscenza tra gli operatori² e i docenti partecipanti è stata di più ampio respiro, consentendo reciprocamente di avvicinarci molto sul piano operativo e poter "dialogare" di più.

Attraverso il nuovo ruolo affidatomi da questo Progetto è stato possibile avere un'ulteriore conferma del riconoscimento della professionalità agita all'interno della scuola. I cinque Docenti che hanno lavorato ad Unplugged hanno collaborato con me a 360°: dal rispetto e partecipazione agli incontri plenari che di volta in volta si stabilivano (ne abbiamo fatti ben 5), alle richieste di delucidazione su come poter affrontare questa o quella unità. Tutti sono stati molto professionali e puntuali, qualcuno ha sofferto di più, chi per assenza di ore, chi perché non avvezzo a questo modo di impostare le lezioni, ciò nonostante hanno rispettato le scadenze con precisione, collaborazione e impegno, senza mostrare sofferenza alle richieste sullo stato di avanzamento in ciascuna classe e sulla compilazione delle schede finali di ogni step. La fluidità di comunicazione tra me e i docenti, è stata sempre elevata. Il gruppo ha funzionato "insieme": alle difficoltà dell'uno arrivava spesso il sostegno dell'altro unito a volte al suggerimento più tecnico del Tutor; tutto questo in modo armonico, senza prevaricazione di ruolo. Infine abbiamo fatto in questa scuola l'esperienza di mettere insieme tutte e tre le classi del Progetto: nata come richiesta di affrontare in modo più specifico la tematica delle sostanze stupefacenti, è divenuta un momento fondamentale rivelandosi interessante sotto alcuni punti di vista:

- è stato il miglior modo per avere il feed-back sul progetto direttamente dai ragazzi
- ha consentito agli alunni di capire quanto è importante la condivisione
- li ha resi maggiormente consapevoli di far parte tutti insieme di un unico e più grande percorso, dove parlare di sostanze stupefacenti rappresenta solo un aspetto dell'arricchimento del proprio bagaglio formativo;
- a noi operatori (l'incontro è stato tenuto in collaborazione con uno degli Esperti della ASL) ha dato la possibilità di capire che questi incontri sono molto utili, ma vanno gestiti ed organizzati studiando bene la modalità più adatta.

Vorrei fare dei brevi cenni su alcuni aspetti che mi sono piaciuti molto:

- un gruppo del Liceo Artistico ha rivisitato la favola di Pinocchio ambientandola ad "Alcolandia e Drogalandia" utilizzando la tecnica dell'illustrazione a fumetti. Questo conferma come intensa e fortemente partecipata è stata l'adesione dei ragazzi e dei Docenti coinvolti, tanto da andare anche oltre il Progetto. Ed è per questo motivo che la Segreteria del Comitato di redazione ha fortemente voluto che il capitolo dedicato al punto di vista degli alunni, fosse la voce dei ragazzi del Liceo Artistico.

- Una nota di merito è rivolta ai Docenti. In quest'esperienza ho assistito alla "metamorfosi" di uno di loro che, non solo con l'arrivo in questa scuola, ma soprattutto grazie a questo Progetto, ha trovato finalmente la dimensione dove potersi esprimere più liberamente e fuori dagli schemi. Un uguale e contrario cambiamento ho potuto constatarlo con un altro docente che invece di "libero e fuori dagli schemi" non ha nulla, considerando che la materia che insegna è assolutamente precisa, lineare e schematica: ha lavorato il doppio degli altri con infinito impegno ed ottimi risultati! Ciascuno ha messo del proprio e da tutti, anche se tre di loro li ho conosciuti durante questo Progetto, ho percepito molta stima.

- Una riflessione la devo nei confronti del fattore tempo, anche per noi tutor. Recandomi a scuola settimanalmente, ho fatto rientrare nello stesso spazio temporale che in passato dedicavo solo al CIC, anche l'attività di Tutor. Mi sono resa conto di aver fatto più fatica e di aver in parte trascurato lo sportello. Penso che valga la pena riflettere su possibili spazi altri, forse più come organizzazione del singolo operatore, anche in considerazione della dialettica emersa tra i Tutors sull'opportunità o meno di svolgere questo ruolo unita al ruolo di operatore CIC.

² Sono stata affiancata dalla Dott.ssa Emanuela D'Orazio, referente per il progetto "Filo d'Arianna" per tutta la sua durata in maniera assidua; negli ultimi due anni in modo più saltuario.

Per concludere vorrei tornare a quella che è stata la mia riflessione all'inizio del Progetto che si può sintetizzare in *“mi impegno e vediamo come va a finire!”*. A tutt'oggi, considerando l'avanzato stato del Progetto e l'ulteriore nota positiva che alle 10 scuole iniziali se ne sono aggiunte per il prossimo anno scolastico 2010/'11 altre 8, posso dire *“che il progetto sta andando a buon fine...”*.

8.7. Progetto UNPLUGGED: il punto di vista dei ragazzi.

Il progetto Unplugged , per noi ragazzi, non è stato solo un progetto, un'attività, ma ha modificato il nostro modo di lavorare spingendoci a rafforzare la nostra idea di gruppo, il lavorare insieme.

Insieme ci siamo messi in gioco, scambiandoci domande sui vari argomenti e parlando dei problemi che i giovani di oggi devono affrontare ogni giorno.

Abbiamo affrontato vari temi, alcuni più gravi e alcuni meno ma che comunque fanno parte della vita di ogni adolescente che inizia per la prima volta a confrontarsi e a scoprire il mondo intorno a se.

Abbiamo fatto vari giochi, alcuni test per comprendere meglio gli argomenti trattati, e da qui, sollecitati dalla professoressa abbiamo “ rivisitato “ una favola classica: Pinocchio; e la sua umanizzazione, il passaggio da burattino a uomo avviene quando impara a volersi bene, ad evitare alcool e droga.

Pinocchio nel paese di “Alcolandia e Drogalandia“ nasce come sintesi del progetto, raccontando la storia del famoso burattino ambientato nei giorni nostri .

Abbiamo immaginato Pinocchio come un ragazzo che si trova di fronte ad alcune scelte, “stravolgendo“ la famosa fiaba di Collodi e attribuendo ad ogni personaggio una nuova personalità.

Abbiamo raccolto qui le vignette più significative del nostro lavorare insieme.

In questa nostra rivisitazione Pinocchio è un ragazzo alle prese con nuove esperienze, ingenuo, che cede alle tentazioni di Lucignolo cominciando a fare uso di alcol e droga sollecitato anche dal grillo parlante che gli promette effetti benefici in seguito all'uso delle nuove sostanze, naturalmente senza informarlo dei rischi .

Pinocchio capisce da solo i pericoli che ha corso quando si trova vivo per miracolo sul lettino di un ospedale .

Noi ragazzi di oggi non diamo abbastanza peso alle conseguenze ed è proprio questo il messaggio che volevamo mettere in luce, cioè che oltre allo sballo, le droghe e l'alcol causano seri problemi sia al livello mentale che fisico.

Nella nostra storia abbiamo creato un lieto fine: la fata turchina aiuta Pinocchio a comprendere gli errori che ha commesso e lo riporta sulla retta via.

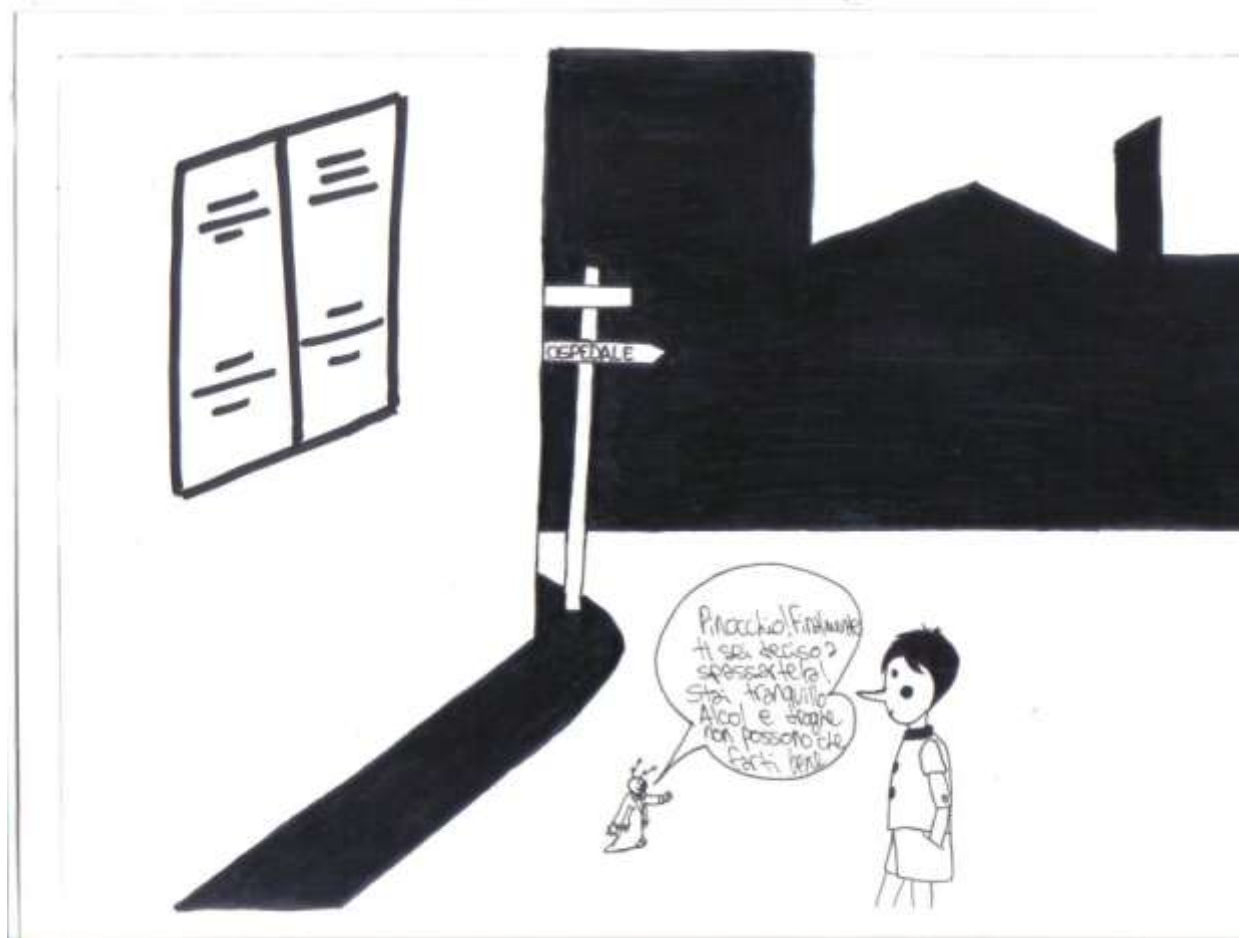
Nella vita reale però non c'è una fatina che corre in tuo aiuto, perciò molti ragazzi si perdono nel lungo tunnel della droga senza trovare mai l'uscita.

Questo progetto ci ha insegnato che prima di agire bisogna fermarsi a pensare alle conseguenze, perché in fondo ci si può divertire anche stando attenti alla propria vita .

Nota redazionale: questo lavoro è il frutto del forte coinvolgimento nel progetto della classe 1° A del Liceo Artistico Bragaglia di Frosinone, insegnante Fausta Dumano. Alla realizzazione dei disegni hanno partecipato tutti gli alunni della classe, mentre alla realizzazione dell'articolo di presentazione hanno contribuito quanti sono stati reperibili durante le vacanze estive.

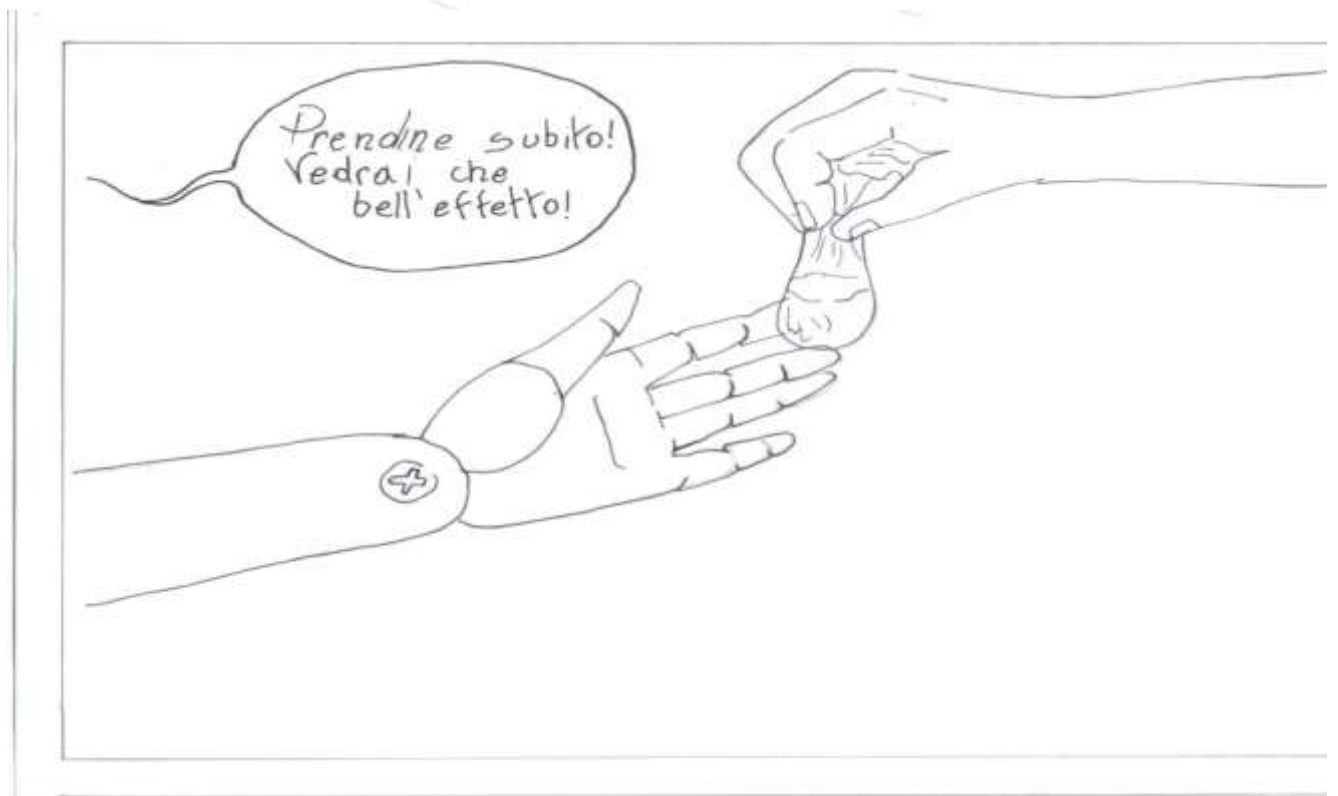
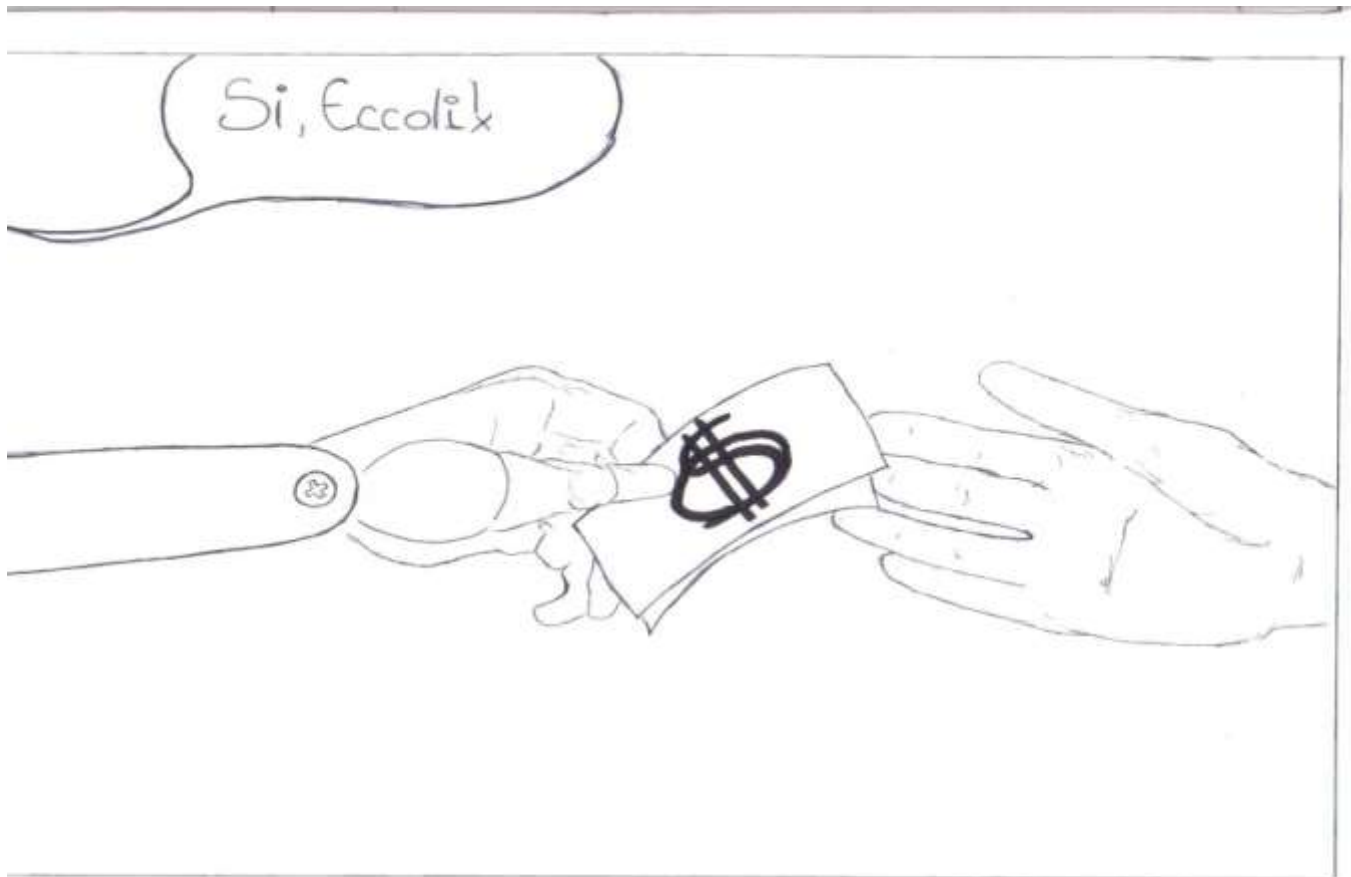
Ci è sembrato molto significativo proporre questo lavoro in quanto originale e rappresentativo del coinvolgimento emozionale di tutti gli alunni che hanno partecipato al progetto. Attraverso questo materiale abbiamo inteso dare voce ai principali protagonisti del progetto: gli studenti.















9. TABELLE RIEPILOGATIVE PROGETTI ORSEA ATTIVATI A.S. 2009-2010

Di seguito riportiamo la sintesi delle prestazioni effettuate attraverso i vari progetti attivati durante l'intero anno scolastico appena trascorso. La macchina organizzativa messa in moto è enorme e non sempre è stato possibile avere un rientro in termini di dati, numeri e sostanza dell'attività svolta. Le tabelle che presentiamo di seguito sono da intendersi, quindi, come esemplificative di parte dell'attività che i servizi territoriali della ASL svolgono presso le scuole della Provincia. Il punto di riferimento sono i progetti presentati nell'offerta formativa dell'ORSEA per l'anno scolastico 2009-2010, con l'esclusione dei Centri di Informazione e consulenza, presentati di seguito, di parte dell'attività dei Consulenti pediatrici, di cui si è rendicontato attraverso un contributo specifico e del SMREE, i cui numeri sono quantitativamente rilevanti e saranno oggetto di futuri articoli.

Sono stati inseriti in questi resoconti anche i progetti che hanno fatto parte dell'offerta formativa dell'IRASE, destinati specificatamente ai docenti, frutto di un protocollo di intesa tra l'Ente formativo della UIL, riconosciuto dal MIUR, e la ASL di Frosinone - ORSEA. Nei prossimi Bollettini si dedicherà uno spazio specifico a queste esperienze formative ed evidenzieremo, altresì, la formazione e gli interventi diretti agli alunni e quelli diretti ai docenti e al personale scolastico.

La prima tabella è riepilogativa dei numeri relativi ai progetti presentati come offerta formativa ORSEA. I dati relativi ai progetti attivati dall'U.O.S. Consultorio Familiare del distretto B non è compreso in questo riepilogo ma, all'interno dell'articolo a cura dell'équipe dell'U.O.S. Consultorio Familiare distretto B, si possono trovare tutte le informazioni e i dati relativi all'enorme mole di attività svolte. Alla stessa stregua, nelle tabelle riassuntive non sono comprese le attività del SMREE.

TOTALE COMPLESSIVO PROGETTI

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	15	55	17	30	5	122
n. scuole	32	37	25	65	0	159
n. incontri	94	263	86	164	17	624
media partecipante						
totale partecipanti	1684	3545	915	2601	59	8804

Riepilogo dei singoli progetti:

Benessere organizzativo

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	1	4	0	0	5	5
n. scuole	0	1	2	0	0	3
n. incontri	0	3	3	0	2	8
media partecipante	0	60	62,5	0	0	61,25
totale partecipanti	0	120	125	0	0	245

Bullismo

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	1	0	1	0	0	2
n. scuole	2	0	1	0	0	3
n. incontri	2	0	1	0	0	3
media partecipante	60	0	20	0	0	0
totale partecipanti	120	0	20	0	0	140

Cocaina e dintorni

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	3	0	0	0	3
n. scuole	1	3	0	0	0	4
n. incontri	10	28	0	0	0	38
media partecipante	18	16,7	0	0	0	17,3
totale partecipanti	108	240	0	0	0	348

Educazione affettivo relazionale e sessuale

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	4	15	11	10	0	40
n. scuole	7	15	12	21	0	55
n. incontri	18	148	42	88	0	296
media partecipante	20	20,9	23,7	22,3	0	43,4
totale partecipanti	350	2564	454	1002	0	4370

L'alunno difficile, analisi delle risorse nei deficit di attenzione e iperattività

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	4	0	0	0	4
n. scuole	0	0	1	0	0	1
n. incontri	0	0	3	0	0	3
media partecipante	0	0	60	0	0	60
totale partecipanti	0	0	60	0	0	60

Integrazione scolastica alunni disabili

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	4	0	0	0	4
n. scuole	0	1	0	0	0	1
n. incontri	0	3	0	0	0	3
media partecipante	0	45	0	0	0	45
totale partecipanti	0	45	0	0	0	45

Life skills

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	3	0	0	0	3
n. scuole	1	1	0	0	0	2
n. incontri	4	4	0	0	3	11
media partecipante	15	35	0	0	0	25
totale partecipanti	20	35	0	0	0	55

Life skills e gruppo dei pari

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	3	0	0	0	3
n. scuole	0	2	0	0	0	2
n. incontri	0	17	0	0	3	20
media partecipante	0	16,7	0	0	0	8,3
totale partecipanti	14	161	0	0	0	175

Prevenzione e promozione del benessere

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	0	0	1	0	1
n. scuole	0	0	0	1	0	1
n. incontri	0	0	0	7	3	10
media partecipante	0	0,0	0	15	0	7,5
totale partecipanti	5	0	0	30	0	35

Unplugged

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	3	11	2	2	0	18
n. scuole	3	5	1	1	0	10
n. incontri	5	52	5	6	6	74
media partecipante						
totale partecipanti	12	245	3	5	59	324

Sicurezza posti di lavoro: organizzati da IRASE

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	6	0	0	0	6
n. scuole	5	7	5	5	0	22
n. incontri	0	6	2	0	0	8
media partecipante	0	20,0	20	0	0	20,0
totale partecipanti	0	60	20	0	0	80

Comunicazione efficace: organizzato da IRASE

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	2	0	0	0	2
n. scuole	0	1	0	0	0	1
n. incontri	0	2	0	0	0	2
media partecipante	0	25,0	0	0	0	25,0
totale partecipanti	0	25	0	0	0	25

Tutti a pranzo al ristorante della scuola

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	2	0	0	8	0	10
n. scuole	6	0	0	20	0	26
n. incontri	21	0	0	31	0	52
media partecipante	40	0,0	0	20	0	60,0
totale partecipanti	475	0	0	855	0	1330

Educazione alla salute

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	2	0	0	0	0	2
n. scuole	4	0	0	0	0	4
n. incontri	26	0	0	0	0	26
media partecipante	20	0,0	0	0	0	20,0
totale partecipanti	280	0	0	0	0	280

Nuove dipendenze

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	1	0	0	0	0	1
n. scuole	1	0	0	0	0	1
n. incontri	1	0	0	0	0	1
media partecipante	40	0,0	0	0	0	40,0
totale partecipanti	40	0	0	0	0	40

Prevenzione malattie trasmissibili

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	1	0	0	9	0	10
n. scuole	2	0	0	17	0	19
n. incontri	5	0	0	32	0	37
media partecipante		0,0	0	25	0	25,0
totale partecipanti	260	0	0	709	0	969

Identità, tecnologie modelli comunicazionali e relazionali

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	0	2	0	0	2
n. scuole	0	1	0	0	0	1
n. incontri	2	0	0	0	0	2
media partecipante		50,0	0	0	0	50,0
totale partecipanti	0	50	0	0	0	50

Sportello d'ascolto e intervento in classe

	dis. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	coord.prog	totale
N. operatori	0	0	1	0	0	1
n. scuole	0	0	3	0	0	3
n. incontri	2	0	30	0	0	32
media partecipante		0,0	0	0	0	0,0
totale partecipanti	0	50	233	0	0	283

10. TABELLE RIEPILOGATIVE INTERVENTI CENTRI INFORMAZIONE E CONSULENZA

L'attività dei Centri di Informazione e Consulenza è molto ben strutturata e presente nella grande maggioranza delle scuole medie superiori della Provincia e in molte Scuole Medie Inferiori. Questa attività rientra nei compiti istituzionali del Dipartimento 3D, almeno per la parte riguardante le Legge 309/90 per la prevenzione delle tossicodipendenze; sempre più si sta verificando che, rispetto alle Superiori, si sta sviluppando una grande collaborazione con i consultori familiari. I due servizi hanno ormai appreso che la collaborazione ed il coordinamento paga e aumenta la qualità. Gli interventi diretti, invece, alle Scuole Medie Inferiori sono svolti dal personale dei Consultori familiari. Sempre più, in questi ultimi anni, si sta sviluppando una collaborazione intensa tra scuole medie e Consultori, oltre la tradizionale offerta dell'educazione all'affettività e si è proceduto all'apertura di sportelli di consulenza individuali e di piccolo gruppo anche nelle medie inferiori, in stretta relazione e collaborazione con gli Spazi Giovani aperti in tutti i consultori Familiari della Provincia.

L'altra grande novità che va sempre più strutturandosi è l'intervento di counseling rivolto ai docenti, siano essi intesi come singoli richiedenti per situazioni personali, che come Consiglio di Classe e Collegi Docenti. L'ORSEA sta lavorando nella direzione di spostare il baricentro dell'attenzione verso i docenti ed anche nel caso di una attività generalmente rivolta agli studenti, abbiamo voluto introdurre uno specifico spazio relazionale e consulenziale rivolto ai docenti.

I C.I.C. rappresentano il luogo storico attraverso cui si è sviluppato l'incontro tra i professionisti della ASL e la Scuola; attraverso i CIC, gli operatori ed i docenti referenti è stato possibile aprire delle finestre di senso che hanno permesso l'avvio di altri discorsi ed altre sperimentazioni. Ma il CIC resta l'attività di base e l'operatore della ASL che si occupa dei CIC, di volta in volta, ha saputo trasformarsi ed adattarsi alle necessità della scuola, diventando il punto di riferimento dell'intera progettualità ASL e garantendo la corretta comunicazione tra ASL e Scuola.

Le tabelle che seguono intendono far emergere, oltre alle cifre, importanti e con valori alti, questo processo di trasformazione ed evoluzione dei rapporti.

Riepilogo finale A.S. 2009-2010 Tutta la Provincia

Modalità di incontro	Tot.		
	Alunni/docenti	di cui nuovi	tot. Interventi
totale scuole	49		
Consulenze individuali alunni	2199	1199	2393
Consulenze piccolo gruppo alunni	904	373	536
Incontri con le classi	3949	1707	209
Seminari	20	15	6
Incontri di programmazione			
Dirigente/docenti	287	40	290
Collegio docenti	291	1	12
Consiglio di classe	113	0	13
Consulenza singoli docenti	237	57	328
Consulenza genitori	40	14	50
TOTALE GENERALE	8040	3406	3837

Nella nostra ricognizione dell'attività svolta presso i CIC, abbiamo voluto raccogliere informazioni sulle tematiche trattate negli incontri con gli studenti e con i docenti. La scheda di rilevazione ha chiesto a ciascun operatore C.I.C. di esprimere un valore da 1 a 5, dove 1 sta per poco o nessun valore e 5 sta per il massimo valore, rispetto alla rilevanza della tematica trattate comunemente nella consulenza scolastica. Le due tabelle di seguito presentate, offrono, quindi, una valutazione sulle tematiche trattate con gli alunni e con i docenti. Nella prima colonna vengono presentati i temi (questi ultimi sono stati individuati, nel tempo, e sono grandemente rappresentativi delle principali tematiche

affrontate nei CIC), la seconda colonna esplicita quante volte il tema è stato presente nelle schede compilate dagli operatori, la terza presenta lo stesso tema quale percentuale rispetto al totale delle schede pervenute (una scheda per ciascuna scuola), la quarta colonna è la media dei valori espressi, la quinta colonna è la visualizzazione della graduatoria.

TEMI TRATTATI ALUNNI	presente	% presenza	media	graduatoria
Relazioni con se stessi	46	95,83	3,59	4
Rapporti con la famiglia	50	104,17	4,04	1
Affettività	46	95,83	3,65	3
Amicizia	43	89,58	3,53	7
Sessualità	42	87,50	2,88	9
Difficoltà studio	43	89,58	4,00	2
Rapporti con gruppo classe	41	85,42	3,59	4
Uso di sostanze psicotrope	38	79,17	2,61	10
Disturbi condotte alimentari	32	66,67	2,44	13
Comportament aggressivi	33	68,75	2,27	15
Malattie e disturbi psicosomatici	31	64,58	2,06	17
Lutto/abbandono	36	75,00	2,47	12
Violenze/molestie sessuali	28	58,33	1,68	18
Identificazione sessuale/identità di genere	30	62,50	2,07	16
Rapporto con insegnanti	38	79,17	3,55	6
Separazione/divorzio genitori	41	85,42	3,32	8
drop outdispersione scolastica	29	60,42	2,41	14
gravidanza	25	52,08	1,40	19
Altro	12	25,00	2,50	11

Siamo a scuola ed il tema ritenuto più rilevante, subito dopo i rapporti con i familiari, è proprio la difficoltà nello studio che, forse, esplicita quanto espresso nei resoconti dei sistemi di rilevazione internazionali (HBSC, vedi articolo); questa ipotesi è avvalorata dal fatto che al terzo e quarto troviamo rispettivamente l'affettività e, a pari merito, i rapporti con se stesso e i rapporti con il gruppo classe. I temi principali riguardano, quindi, principalmente la sfera relazionale/affettiva, mentre la sfera legata a patologie e disturbi di comportamento sono molto indietro nella graduatoria.

TEMI TRATTATI DOCENTI				
Relazioni con se stessi	21	56,76	2,95	5
Rapporti con la famiglia degli alunni	30	81,08	3,53	2
Rapporto con partner e con i figli	18	48,65	2,22	10
Difficoltà personale e/o familiare	18	48,65	3,11	4
Difficoltà nell'insegnamento	20	54,05	2,75	7
Rapporti con gruppo classe	27	72,97	3,59	1
Malattie e disturbi psicosomatici	19	51,35	1,84	13
Rapporto con altri docenti e/o dirigente	26	70,27	3,23	3
Segnalazione di disturbo condotte alimentari	20	54,05	1,90	12
Segnalazione di comportamenti aggressivi	20	54,05	2,80	6
Segnalazione uso sostanze psicotrope	24	64,86	2,54	9
Segnalazione di lutto/abbandono	23	62,16	2,17	11
Segnalazione violenze/molestie sessuali	20	54,05	1,75	15
Segn. Problematiche identità sessuale	19	51,35	1,84	13
Segnalazione separazione/divorzio	23	62,16	2,61	9
Segnalazione drop outdispersione scolastica	20	54,05	2,65	8
Segnalazione gravidanza	20	54,05	1,45	16
Altro	0	0,00	0,00	

La prima segnalazione è relativa ai numeri: i docenti che hanno usufruito del servizio sono, naturalmente, in numero molto minore rispetto agli alunni, mentre, altro rilievo, il numero delle scuole in cui l'operatore ha dato la propria disponibilità all'ascolto degli insegnanti è ancora piuttosto limitato. Solo in alcuni distretti e Servizi, molto più che in altri, si è prestato attenzione a questo tipo di servizio. Riteniamo che l'attenzione al docente costituisca, invece, una priorità, anche in considerazione del fatto che le problematiche relative alle difficoltà nello studio, nella gran parte dei casi, sono attribuibili a difficoltà relazionali tra alunno e docente; migliorare il grado di motivazione, la capacità di ascolto e di empatia, la mediazione affettiva nel docente diventa prioritario ed importante, anche alla luce delle considerazioni fatte a proposito di HBSC che ha rilevato, senza ombra di dubbio, una generale "incapacità di gestire l'affettività" e l'emozione nei nostri giovani. Per la proprietà transitiva, se questa dimensione di carenza di lettura e gestione dell'affettività e della sfera relazionale è così forte nei giovani, possiamo aspettarci che questo non sia che il pallido riflesso della situazione emotiva di coloro i quali sono i depositari "culturali" dei modelli relazionali ed affettivi: gli adulti e, nella fattispecie, i docenti ed i genitori.

Anche in questo caso la lettura della graduatoria relativa ci offre ampi spunti di riflessione: al primo posto troviamo la difficoltà di rapporto con il gruppo classe, al secondo la difficoltà di rapporto con colleghi e Dirigente, solamente al terzo posto compare la famiglia degli alunni, mentre al quarto riappare la sfera privata della famiglia del docente. Ancora una volta primeggia la sfera relazionale e della socialità, ad evidenziare la sostanziale solitudine del docente e il forte rischio di burn out che lo contraddistingue.

Questi sono solo alcuni spunti di riflessione che vanno a completare l'articolo della Dott.ssa Zainni; nei prossimi bollettini cercheremo di evidenziare ancora meglio alcuni degli aspetti più problematici vissuti all'interno dello spazio CIC.

Le tabelle che seguono sono una rassegna che evidenzia l'attività CIC Distretto per Distretto e Servizio per servizio; è utile sottolineare che le differenze quantitative sono strettamente correlate al numero di operatori disponibili per ciascun distretto e, a volte, anche a diverse impostazioni metodologiche:

Riepilogo finale A.S. 2009-2010 Distretto A

Modalità di incontro	Tot. Soggetti	di cui nuovi	tot. Interventi
totale scuole	10		
Consulenze individuali alunni	611	243	413
Consulenze piccolo gruppo alunni	193	0	54
Incontri con le classi	763	0	47
Seminari	0	0	0
Incontri di programmazione	33	0	51
Collegio docenti	3	0	3
Consiglio di classe	18	0	4
Consulenza singoli docenti	38	0	83
Consulenza genitori	23	0	21
TOTALE GENERALE	1692	243	676

Gli operatori direttamente impegnati fanno tutti parte dell'U.O.S. Consultorio Familiare, per un totale di circa 6 operatori.

Riepilogo finale A.S. 2009-2010 Distretto B

Modalità di incontro	Tot. Soggetti	di cui nuovi	tot. Interventi
totale scuole	21		
Consulenze individuali alunni	703	409	925
Consulenze piccolo gruppo alunni	352	216	198
Incontri con le classi	1971	693	91
Seminari	20	15	6
Incontri di programmazione	112	10	91
Collegio docenti	120	0	3
Consiglio di classe	83	0	8
Consulenza singoli docenti	96	17	108
Consulenza genitori	17	14	29
TOTALE GENERALE	3474	1374	1459

Gli interventi sono ripartiti tra gli operatori del Dipartimento 3D e quelli dell'U.O. Consultorio Familiare del Distretto B. Gli operatori del dipartimento 3D sono 9, con l'aggiunta di 3 tirocinanti psicologhe (già laureate ed iscritte all'ordine che frequentano Scuole di specializzazione). Gli operatori del Consultorio Familiare sono almeno 8.

Riepilogo finale A.S. 2009-2010 Distretto C

Modalità di incontro	Tot. Soggetti	di cui nuovi	tot. Interventi
totale scuole	14		
Consulenze individuali alunni	285	252	290
Consulenze piccolo gruppo alunni	197	99	93
Incontri con le classi	247	177	11
Seminari	0	0	0
Incontri di programmazione	32	5	44
Collegio docenti	0	0	0
Consiglio di classe	0	0	0
Consulenza singoli docenti	12	8	21
Consulenza genitori	0	0	0
TOTALE GENERALE	773	541	459

E' il Distretto con il numero minore di personale assegnato ai CIC: per il Dipartimento 3D sono solo 3 operatori ed una per il Consultorio Familiare; si utilizzano 3-4 Tirocinanti Psicologhe di Scuole di specializzazione.

Riepilogo finale A.S. 2009-2010 Distretto D

Modalità di incontro	Tot. Soggetti	di cui nuovi	tot. Interventi
totale scuole	10		
Consulenze individuali alunni	600	308	765
Consulenze piccolo gruppo alunni	162	101	191
Incontri con le classi	968	693	60
Seminari	0	0	0
Incontri di programmazione	110	25	104
Collegio docenti	108	1	4
Consiglio di classe	12	0	1
Consulenza singoli docenti	91	33	116
Consulenza genitori	0	0	0
TOTALE GENERALE	2051	1161	1241

Gli operatori impegnati sono soprattutto del Dipartimento 3D e sono 5; collabora, inoltre una collega del SMREE di Cassino.

D3D Riepilogo per servizio e per distretto

Dipartimento 3D

		dist. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	totale
Consulenze individuali alunni	n.stud/doc		350	171	600	1121
	nuovi		219	158	308	685
	tot.interv.		302	176	765	1243
Consulenze piccolo gruppo alunni	n.stud/doc		245	194	162	601
	nuovi		163	99	101	363
	tot.interv.		97	92	191	380
Incontri con le classi	n.stud/doc		1404	197	968	2569
	nuovi		677	177	693	1547
	tot.interv.		61	9	60	130
Seminari	n.stud/doc		20	0	0	20
	nuovi		15	0	0	15
	tot.interv.		6	0	0	6
Incontri di programmazione Dirigente/docenti	n.stud/doc		82	27	110	219
	nuovi		9	2	25	36
	tot.interv.		64	36	104	204
Collegio docenti	n.stud/doc		180	0	108	288
	nuovi		0	0	1	1
	tot.interv.		5	0	4	9
Consiglio di classe	n.stud/doc		51	0	12	63
	nuovi		0	0	0	0
	tot.interv.		4	0	1	5
Consulenza singoli docenti	n.stud/doc		48	12	91	151
	nuovi		10	8	33	51
	tot.interv.		46	21	116	183
Consulenza genitori	n.stud/doc		8	0	0	8
	nuovi		8	0	0	8
	tot.interv.		10	0	0	10
TOTALE GENERALE	n.stud/doc		2388	601	2051	5040
	nuovi		1101	444	1161	2706
	tot.interv.		595	334	1241	2170
Totale scuole			0	10	10	20

N.B. Il Dipartimento 3D non ha sede operativa nel Distretto A, mentre collabora e sostiene l'azione dei diversi progetti ORSEA anche nel Distretto A.

Consultorio familiare riepilogo per servizio e per distretto

		dist. A	Dist. B	Dist. C	Dist. D	totale
Consulenze individuali alunni	n.stud/doc	611	345	114	66	1136
	nuovi	243	169	94	20	526
	tot.interv.	413	615	114	66	1208
Consulenze piccolo gruppo alunni	n.stud/doc	193	87	3	0	283
	nuovi	0	10	0	0	10
	tot.interv.	54	91	1	0	146
Incontri con le classi	n.stud/doc	763	556	50	55	1424
	nuovi	0	160	0	0	160
	tot.interv.	47	29	2	8	86
Seminari	n.stud/doc	0	0	0	0	0
	nuovi	0	0	0	0	0
	tot.interv.	0	0	0	0	0
Incontri di programmazione Dirigente/docenti	n.stud/doc	33	25	5	4	67
	nuovi	0	1	3	0	4
	tot.interv.	51	22	8	4	85
Collegio docenti	n.stud/doc	3	0	0	20	23
	nuovi	0	0	0	0	0
	tot.interv.	3	0	0	2	5
Consiglio di classe	n.stud/doc	18	32	0	0	50
	nuovi	0	0	0	0	0
	tot.interv.	4	4	0	0	8
Consulenza singoli docenti	n.stud/doc	38	46	0	5	89
	nuovi	0	6	0	0	6
	tot.interv.	83	60	0	5	148
Consulenza genitori	n.stud/doc	23	9	0	0	32
	nuovi	0	6	0	0	6
	tot.interv.	21	19	0	0	40
TOTALE GENERALE	n.stud/doc	1682	1100	172	150	3104
	nuovi	243	352	97	20	712
	tot.interv.	676	840	125	85	1726
Numero scuole		10	9	4	1	24

Nel distretto D l'intervento è stato effettuato dall psicologa del SMREE

Nel distretto A sono state inserite anche gli interventi di educazione all'affettività

11. OFFERTA FORMATIVA ANNO SCOLASTICO 2010 - 2011

Con l'inizio del nuovo anno scolastico (2010-2011) ci è sembrato preferibile pubblicare nuovamente la proposta formativa dell'ORSEA destinata alle scuole di ogni ordine e grado della Provincia di Frosinone. Rispetto a quella già pubblicata lo scorso anno, le variazioni contenute sono poche: qualche ritocco grafico, alcune precisazioni, un nuovo progetto sulla prevenzione del tabagismo destinato alle scuole elementari e medie inferiori e, soprattutto, l'introduzione di un nuovo progetto di formazione dei docenti delle Scuole elementari e Medie Inferiori sulle Life skills. Per il resto è una sostanziale conferma dell'intero pacchetto. Come avevamo già preventivato, solo al termine del terzo anno avremmo apportato significative variazioni a seguito di una attenta valutazione dei risultati raggiunti, delle richieste pervenute, del gradimento espresso dai docenti.

Alcune proposte formative sono state altresì inserite nel pacchetto proposto dall'IRASE (Istituto Ricerca Accademica Scienze Educative), organismo accreditato dal MIUR, vale a dire che le scuole che aderiranno a questi progetti potranno contare, oltre che sulla professionalità degli operatori della ASL, anche sul riconoscimento formale da parte del Ministero dell'Istruzione dei corsi.

Modalità di rapporto tra scuola e ORSEA

L'Azienda USL Frosinone intende rinnovare la proficua e preziosa esperienza dell'ORSEA (Osservatorio Ricerca e Studio Età Evolutiva e Adoloscenziale) che negli anni scorsi ha prodotto apprezzabili esperienze e innovazioni. In attesa di poter stipulare protocolli operativi che possano consolidare, anche formalmente, la già dichiarata volontà di ricostituzione di un Coordinamento operativo tra i Dipartimenti territoriali della ASL e l'Ufficio Scolastico Provinciale, nella consapevolezza che le Scuole, nel rispetto dell'Autonomia sancita, stanno già avviando l'attività di programmazione degli interventi e la formulazione dei Piani di Offerta Formativa, ci rivolgiamo direttamente alle scuole per promuovere sia la partecipazione all'ORSEA sia la costituzione di un partenariato operativo che potrà essere denominato: "Promozione della salute e dell'agio scolastico".

Ci sembra corretto che la proposta non possa che essere espressa in questa forma generale, in quanto solo con la comunicazione di una precisa volontà di adesione delle singole scuole si potrà procedere alla stipula di specifici protocolli operativi e di un protocollo generale di costituzione del partenariato che sia realmente condiviso e partecipato.

Si specifica che l'ORSEA collaborerà fattivamente con analoghi percorsi di coordinamento degli interventi preventivi che sono attivi sia a livello provinciale che distrettuale, nelle forme e modalità che verranno definiti in sede di Piani di Zona o in altri accordi tra soggetti pubblici e privati.

L'obiettivo dichiarato è quello della ricostituzione dell'ORSEA quale organismo comune tra ASL e Scuola. Sono stati già avviati incontri in tal senso.

Il confronto sull'offerta dichiarata della ASL inaugura la stagione della "coprogettazione" che si dipana secondo due direttrici:

- a) Aggiustare il tiro raccogliendo le specificità di ciascuna scuola;
- b) Attivarsi per cogliere le occasioni finanziarie offerte dai vari Bandi di gara Ministeriali e regionali.

La presente offerta formativa è, al momento, strutturata nel modo seguente:

- 1) 3 progetti speciali, uno in collaborazione con LAZIOSANITA' – Agenzia di Sanità Pubblica, diretta emanazione della Regione Lazio, l'altro nell'ambito della collaborazione con CCM, organismo del Ministero della Salute, basati sulle life skills (competenze per la vita) e sul gruppo dei pari; i 3 progetti sono di formazione di formatori, vale a dire che professionisti della ASL formano i docenti che a loro volta formeranno e si attiveranno direttamente sui gruppi classe e sul gruppo dei pari;

- 2) Interventi di prevenzione primaria e secondaria diretti agli alunni, docenti, genitori –
Compiti di Istituto: progetti legati a specifici compiti sanciti dalla Legislazione nazionale e regionale, che vorremmo non essere dati per scontati ma inseriti in un quadro organico e coerente di interventi di prevenzione all'interno del P.O.F. e con adeguati livelli di condivisione e conoscenza dei docenti;
- 3) Interventi di prevenzione primaria e secondaria diretti agli alunni, offerte aggiuntive suddivise per Distretto: rappresentano e propongono temi di interesse generale che possono integrarsi e strutturare percorsi e attività curriculari ed extracurriculari. Sono legati alle competenze ed interessi di professionisti della ASL e divergono a seconda dei Distretti;
- 4) Aggiornamento formativo rivolto ai docenti: rappresentano la reale innovazione rispetto al passato e la volontà della ASL di affiancarsi alla funzione docente, offrendo supporto di competenza e di approfondimento tematico su temi importanti quali l'integrazione scolastica, il trattamento delle emergenze comportamentali, la risoluzione dei conflitti, la valorizzazione del gruppo classe, la comunicazione e la condivisione, ecc. Questi progetti possono essere chiesti ed attivati nelle scuole richiedenti o, per molti di loro, saranno offerti e calendarizzati in sedi ASL, per cui la partecipazione è legata a specifica richiesta della scuola o a richiesta del singolo docente nell'ambito dell'aggiornamento professionale. Alcune offerte formative possono essere richieste ed attivate tramite l'IRASE, in base al protocollo di intesa esistente tra i due Enti.

Modalità di richiesta

E' intenzione dell'ORSEA arrivare a definire con ciascuna scuola un percorso basato su 4 principi:

- 1) Integrazione: i progetti ORSEA propongono integrazione tra studenti e docenti, tra diverse necessità e scolarizzazione, tra bisogni formativi ed educativi; l'integrazione è rappresentabile attraverso la congruità tra quanto promosso e dichiarato dalla scuola nell'ambito del P.O.F. e i vari progetti che la attraversano; vorremmo cioè evitare che le progettualità interne della scuola siano avvertite dagli studenti e dai docenti come "altro" rispetto ai servizi offerti e attivati dall'ORSEA, così come chiediamo che ci sia integrazione tra i servizi offerti dalla ASL ed altre eventuali offerte di privati e/o altri Enti pubblici, o di singoli docenti;
- 2) Chiarezza, esplicitazione, semplificazione: delle finalità, dei progetti, nei processi comunicativi interni ed esterni della scuola e nei rapporti tra scuola ed ASL, scuola e studenti e genitori e, soprattutto, tra i docenti stessi; pochi progetti destinati ad operare cambiamenti reali, trasversali alle varie cattedre, pluriennali;
- 3) Condivisione: molto spesso rappresenta uno slogan abusato ma difficilmente perseguibile; lo sforzo dell'ORSEA in questi ultimi due anni ha prodotto un buon livello di condivisione degli obiettivi e delle finalità; tale condivisione adesso si attesta sulla decisiva prova del confronto con gli operatori interni alla scuola, nella consapevolezza che gli spazi, i tempi ed i modi per la condivisione sono lasciati alla volontà dei singoli. Resta l'obiettivo di attivare percorsi progettuali che vadano ad incidere direttamente nella didattica disciplinare, negli obiettivi trasversali alle discipline, nella promulgazione di regole chiare e condivise, nella risoluzione dei conflitti, nella valorizzazione delle diversità;

- 4) Valutazione: ciascun progetto dovrà essere oggetto di un processo di valutazione, possibilmente condivisa; tale valutazione dovrà tenere conto dei tanti fattori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi dichiarati;

Questi 4 principi si concretizzano attraverso le seguenti **modalità di rapporto**:

- a) **Fase di richiesta:** la scuola si attiva e richiede uno o più progetti direttamente ai Responsabili di progetto (vedi elenco e numeri telefonici al punto 6.1);
- b) **Fase della contrattazione:** ad inizio dell'anno scolastico in ciascuna scuola si attiva una sorta di "conferenza di servizio" in cui saranno presenti il Dirigente scolastico, i docenti referenti, i Responsabili di progetti ORSEA richiesti ed eventuali altri soggetti titolari di altre azioni promosse dalla scuola. La finalità è quella di rendere "coerente" e "congruente" la pluralità di interventi previsti, attivare un coordinamento operativo, definire tempi, modalità e verifiche. In questa fase potranno essere apportate modifiche e aggiustamenti e l'ORSEA si riserva di confermare l'impegno;
- c) **Fase della stipula di un contratto:** tutto quello sancito nell'incontro, verrà ratificato nella stipula di un contratto che impegna scuola ed ASL per tutto l'anno scolastico;
- d) **Fase dell'attuazione del contratto e monitoraggio delle azioni:** il contratto prevederà le modalità di monitoraggio, attraverso la costituzione di un organismo misto scuola-orsea che seguirà le azioni svolte e fungerà da supporto, coordinamento e attivazione di contatti;
- e) **Fase della valutazione finale:** al termine dell'anno scolastico si attiva un nuovo momento di confronto con gli stessi soggetti che hanno partecipato alla fase preliminari di contrattazione e si procederà ad una valutazione condivisa dei risultati ottenuti, del grado di partecipazione, del grado di soddisfazione, e si procederà, eventualmente, alla conferma dei progetti o alla loro chiusura.

Sarebbe opportuna la costituzione di partenariati di scuole e la strutturazione di forme di aggregazione e coordinamento operativo tra scuole, in modo tale da costituire gruppi di lavoro misti e avere certezze di rappresentatività dei vari istituti scolastici.

L'Ufficio di Coordinamento ORSEA

L'OFFERTA FORMATIVA

PROGETTI SPECIALI:

1. Progetto EU-DAP – UNPLUGGED

La Regione Lazio, tramite LAZIOSANITA', Agenzia di Sanità Pubblica, ha promosso su tutto il territorio regionale il progetto UNPLUGGED. Il progetto è un programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale e delle life skills. E' strutturato in una sequenza di dodici unità ed è costruito per essere proposto dagli insegnanti durante le ore curricolari.

L'Agenzia LAZIOSANITA' ha deciso di costituire un gruppo di esperti regionali, uno per ciascuna Azienda Sanitaria del Lazio e di provvedere alla formazione di un certo numero di formatori che dovranno a loro volta formare un certo numero di docenti delle prime classi degli Istituti Superiori per ciascuna ASL. Nella Provincia di Frosinone per l'anno scolastico 2009-2010, hanno aderito 10 Istituti superiori, per l'anno scolastico 2010-2011 a queste 10 scuole se ne sono aggiunte altre 8.

L'ASL di Frosinone ha accolto con molto favore il progetto ed ha proceduto alla costituzione di una specifica équipe di lavoro all'interno dell'ORSEA, composta da professionisti provenienti dai vari Servizi territoriali della ASL, che possa affiancare i docenti e accompagnarli durante il prossimo anno scolastico. L'Azienda si sta organizzando, altresì, per fare in modo che il progetto possa ripetersi negli anni successivi.

Il progetto UNPLUGGED è molto ben strutturato, ciascun docente sarà fornito di un manuale con le 12 unità didattiche e di un quaderno per lo studente che accompagna il manuale.

1.1

TITOLO	UNPLUGGED	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	S.M.Sup.
		STRUT.SEMP.	ORSEA
		DESTINATARI	Docenti/studenti
OBIETTIVI	1) Promuovere salute attraverso le life skills 2) Le prove di efficacia del progetto 3) Acquisizione delle competenze necessarie a gestire il progetto 4) Favorire l'acquisizione delle metodologie di promozione della salute quale strumento didattico 5) Attivare le competenze per la vita sin dal primo anno delle superiori 6) Migliorare il rendimento scolastico, la motivazione allo studio, il benessere scolastico		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	- I docenti saranno formati attraverso un corso semiresidenziale di 2 giorni e mezzo; - I docenti formeranno le classi attraverso 12 moduli da strutturare durante le ore curricolari		
METODOLOGIA	- Formazione di formatori: LAZIOSANITA' forma gli operatori della ASL che a loro volta formano i docenti, i quali riprodurranno in classe con gli alunni quanto appreso, tramite l'aiuto del manuale e del quaderno degli alunni - La metodologia prevede l'utilizzo di tecniche di coinvolgimento del gruppo, giochi di ruolo, partecipazione attiva		
STRUMENTI	- Manuale del docente - Quaderno degli studenti		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott. Lucio Maciocia, Referente aziendale Promozione della salute		
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Équipe multidisciplinare e interdipartimentale		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Si formerà un gruppo di lavoro in ciascun distretto che seguirà i docenti nel corso dell'espletamento del progetto e che riproporrà il processo negli anni a seguire		
Progetto regionale, non sono previsti costi per la scuola			

L'OFFERTA FORMATIVA

PROGETTI SPECIALI:

2. LIFE SKILLS E GRUPPO DEI PARI

Accanto ed in connessione con il progetto UNPLUGGED, l'ORSEA ha intenzione di integrare e riaffermare la propria tradizione di intervento di promozione alla salute attraverso la riproposizione del progetto FILO DI ARIANNA che, nel corso di 7 anni, ha sperimentato e costruito una metodologia di intervento nelle scuole superiori della Provincia rispetto al gruppo dei pari ed alle Life skills. Il progetto UNPLUGGED risponde e promuove le competenze per la vita nelle classi prime delle superiori, rispondendo in maniera, crediamo, opportuna ad un bisogno ed una necessità molto presente nelle richieste dei docenti rispetto alle difficoltà che si incontrano nelle classi prime delle superiori, avvertite come una sorta di "trincea" che sembra parare il colpo rispetto alla grande differenza metodologica e didattica tra scuola media inferiore e superiore; il progetto "LIFE SKILLS E GRUPPO DEI PARI" introduce una variabile in più, quella del gruppo dei pari, recependo in maniera piena le indicazioni dell'OMS. Rispetto al modello del Filo di Arianna, che prevedeva la formazione del gruppo dei pari curata da personale esterno alla scuola, questa nuova versione intende invece formare e affiancare i docenti rispetto alla formazione del gruppo dei pari all'interno delle scuole medie superiori. Resta ferma la necessità di costituire il gruppo tra i ragazzi delle terze e/o tra i rappresentanti di classe. Ci sembra molto funzionale che i due progetti UNPLUGGED e LIFE SKILLS E GRUPPO DEI PARI agiscano in parallelo, creando all'interno delle scuole un rimando ed una continuità di azione che, riteniamo, possa rappresentare un ulteriore supporto ad un cambiamento effettivo del clima partecipativo e di promozione di una responsabilità diffusa.

Il terzo progetto, "Life Skills per la scuola dell'obbligo", è destinato ai docenti delle scuole materne, elementari e medie inferiori, ripercorre le metodologie delle life skills, adattandole alle specificità delle classi a cui è diretto, e recependo le indicazioni della letteratura scientifica sulla necessità di mettere a disposizione dei docenti questa metodologia di intervento.

Pur essendo i 3 progetti intesi come strumenti di prevenzione all'uso di sostanze psicotrope, di fatto le modalità introdotte, i contenuti, le motivazioni che ne possono scaturire, l'attivazione del gruppo classe e del gruppo dei pari, rappresentano interessanti e straordinari strumenti utilizzabili nel decorso curriculare e costituiscono elementi trasversali che trasformano la maniera stessa di intendere e condurre le ore in classe da parte di docenti e studenti. I risultati "trasversali", riconducibili al rendimento scolastico, all'attenzione e alla motivazione allo studio, possono essere di assoluto valore e vanno ben al di là della sola prevenzione dell'uso delle sostanze psicotrope.

1.2

TITOLO	Life skills e gruppo dei pari	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	S.M.Sup.
		STRUT.SEMP.	ORSEA
		DESTINATARI	Docenti/studenti
OBIETTIVI	<p>1. Favorire una cultura della promozione dell'agio attraverso il gruppo dei pari e le life skills;</p> <p>2. Favorire le competenze degli insegnanti nella gestione del gruppo classe e nelle attività di orientamento sulla base delle capacità personali degli studenti;</p> <p>3. Rafforzare negli studenti la capacità di identificarsi come agenti di cambiamento attraverso il passaggio dalla fase di auto-aiuto a quella del sostegno;</p> <p>4. Favorire la conoscenza dei modelli culturali esistenti negli Istituti Scolastici</p>		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	il corso si struttura in almeno 20 ore da effettuarsi, preferibilmente durante l'orario curriculare o in forma		
METODOLOGIA	Il corso è strutturato secondo la metodologia delle life skills applicate al gruppo dei pari, basate sulla responsabilità diffusa. La formazione sarà rivolta ad un gruppo di docenti i quali, a loro volta, provvederanno a formare il gruppo dei pari. Saranno formati un gruppo di circa 5 studenti per ciascuna classe terza superiore. Ciascun gruppo così formato svilupperà una progettualità autonoma durante i due anni successivi. Il gruppo dei pari uscente parteciperà attivamente alla formazione di un nuovo gruppo		
STRUMENTI	il corso necessita di uno spazio abbastanza grande da ospitare un gruppo di 25-30 studenti in movimento; lavagna. Sociogramma di Moreno per l'individuazione del gruppo dei pari.		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott. Lucio Maciocia, referente aziendale Promozione della Salute		
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Stessa équipe di UNPLUGGED		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Questo modulo integra UNPLUGGED e raccoglie l'esperienza del Filo di Arianna. Il percorso UNPLUGGED e Competenze per la vita dovranno essere deliberati dal Collegio Docenti e prevedono la collaborazione pluriennale tra scuola e ORSEA		
L'attivazione del progetto può richiedere il sostegno economico da parte della scuola			

1.3

TITOLO	Life Skills per la scuola dell'obbligo	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	S.El. e M.I.
		STRUT.SEMP.	ORSEA
		DESTINATARI	Docenti
OBIETTIVI	1) Promuovere salute attraverso le life skills 2) Le prove di efficacia del progetto 3) Acquisizione delle competenze necessarie a gestire il progetto 4) Favorire l'acquisizione delle metodologie di promozione della salute quale strumento didattico 5) Attivare le competenze per la vita sin dalla scuola primaria, elementare e media inferiore 6) Migliorare il rendimento scolastico, la motivazione allo studio, il benessere scolastico		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	il corso si struttura in almeno 20 ore da effettuarsi, preferibilmente in giornate ravvicinate ed in forma semiresidenziale		
METODOLOGIA	- Formazione di formatori: l'ORSEA forma gli operatori della ASL che a loro volta formano i docenti, i quali riprodurranno in classe con gli alunni quanto appreso, tramite l'aiuto del materiale fornito e l'esperienza del corso La metodologia prevede l'utilizzo di tecniche di coinvolgimento del gruppo, giochi di ruolo, partecipazione attiva		
STRUMENTI	il corso necessita di uno spazio abbastanza grande da ospitare un gruppo di 25-30 docenti in movimento; lavagna. Materiale didattico e informativo.		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott. Lucio Maciocia, referente aziendale Promozione della Salute		
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Una équipe appositamente formata per ciascun distretto, formata da personale proveniente dai consultori Pediatrici, Familiari e da psicologi		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Questo dovrà essere deliberati dal Collegio Docenti e prevede la collaborazione pluriennale tra scuola e ORSEA		
L'attivazione del progetto può richiedere il sostegno economico da parte della scuola – Offerta inserita nel pacchetto IRASE			

L'OFFERTA FORMATIVA

TUTTI I DISTRETTI

2. INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DIRETTI AGLI ALUNNI, AI DOCENTI, AI GENITORI

Attività istituzionali gratuite

Rientrano nei normali compiti dei servizi territoriali e si attivano direttamente nelle scuole richiedenti o in Sede ASL

TITOLO	Tutti a pranzo al Ristorante della Scuola		DISTRETTO	TUTTI
			SCUOLA	TUTTE
			STRUT.SEMP.	Cons.pediatrico
			DESTINATARI	Studenti/doc.gen
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione del rischio di patologie psico-fisiche correlate ad una non corretta alimentazione; - Prevenzione dei rischi correlati ad una non corretta gestione delle mense scolastiche; - Acquisizione di uno stile di vita sano; - Aumento della consapevolezza per le scelte alimentari di oggi come presupposto del benessere di domani 			
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi previsti in base alla vigente normativa per la tutela della distribuzione degli alimenti; - Interventi previsti in base a programmi di attività aziendali; - Interventi da concordare con gli EE.LL. e con le Istituzioni Scolastiche 			
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con EE.LL. ed Istituzioni Scolastiche per consulenza e controllo dietetico, nutrizionale ed igienico per la refezione scolastica secondo le più recenti indicazioni dell'INN e la vigente normativa; - Consulenza e controllo dietetico-nutrizionale per alunni con intolleranza alimentare certificata; - Controllo della refezione scolastica per verifica di corretta applicazione delle tabelle dietetiche e monitoraggio degli scarti; - Laboratori esperenziali ed indagini conoscitive; - Sorveglianza nutrizionale degli alunni di III elementare (Progetto Regionale), con monitoraggio di peso ed altezza ed individuazione dei casi di obesità e malnutrizione ed avvio dei casi individuati a recupero dello stato di benessere; - Incontri di educazione alimentare, frontali per classe ed in plenaria, rivolti ad alunni, docenti e genitori 			
STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Computer; - Videoproiettore; - Lavagna a fogli mobili; - Materiale informativo; - Materiale di cancelleria 			
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI		
DISTRETTO A	Dott. Enrico Straccamore	SMREE CONS.FAM. SIAN SVETB		
DISTRETTO B	Dott.sa Gabriella Calenda	SMREE CONS.FAM. SIAN SVETB		
DISTRETTO C	Dott. Vincenzo Marchelletta	SMREE CONS.FAM. SIAN SVETB		
DISTRETTO D	Dott.sa Maria Pia Mazzetti	SMREE CONS.FAM. SIAN SVETB		
EQUIPE	<p>Equipes della S.S. Consultorio Pediatrico nei diversi Punti di Erogazione del Distretto "B" costituite da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico - Assistente Sanitaria - Infermiera Professionale - Vigilatrice d'Infanzia 			
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	<p>Il progetto prevede l'attività delle figure professionali afferenti alla S.S. di Consultorio Pediatrico, con eventuale coinvolgimento degli operatori appartenenti alle altre S.S. dell'Area M.I. territoriale e alle S.S. SIAN e SVET B afferenti al DIP e vede la costruzione di interventi e percorsi formativi con l'utilizzo e l'integrazione delle specifiche competenze professionali.</p> <p>Le modalità sono da concordare con le singole scuole.</p>			
COMPITO DI ISTITUTO				

TITOLO	Prevenzione malattie trasmissibili in comunità	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	Cons.pediatrico
		DESTINATARI	Stud/doc/gen
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Tutela della salute della popolazione scolastica; - Prevenzione della insorgenza e diffusione delle malattie trasmissibili in comunità; - Tutela dell'igiene e della sicurezza degli ambienti scolastici; - Educazione alla salute; - Diffusione della cultura della prevenzione: prevenire è meglio che curare; - Sensibilizzazione della popolazione scolastica alle scelte di prevenzione. 		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi previsti in base alla vigente normativa per la tutela della sanità pubblica; - Interventi previsti in base a programmi di attività aziendali; - Interventi da concordare con gli EE.LL. e con le Istituzioni Scolastiche 		
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza sanitaria ed epidemiologica della popolazione scolastica per malattie diffuse, secondo le indicazioni della vigente normativa in materia di profilassi delle malattie trasmissibili; - Controllo igienico sanitario di strutture, ambienti e attrezzature; - Attivazione di campagne di vaccinazione, in ottemperanza a quanto previsto dalle indicazioni ministeriali e regionali e all'attivazione di programmi aziendali specifici, con verifica e controllo coperture vaccinali della popolazione scolastica; - Screening per malattie diffuse (es.:Tine-test III media) con invio dei soggetti individuati a consulenza specialistica; - Incontri di educazione alla salute su tematiche specifiche, frontali per classe ed in plenaria, rivolti ad alunni, docenti e genitori 		
STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Computer; - Videoproiettore; - Lavagna a fogli mobili; - Materiale informativo; - Materiale di cancelleria. 		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott. Enrico Straccamore		sisp
DISTRETTO B	Dott.sa Gabriella Calenda		sisp
DISTRETTO C	Dott.Vincenzo Marchelletta		sisp
DISTRETTO D	Dott.sa Maria Pia Mazzetti		sisp
EQUIPE	<p>Equipes della S.S. Consultorio Pediatrico nei diversi Punti di Erogazione del Distretto "B" costituite da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico - Assistente Sanitaria - Infermiera Professionale - Vigilatrice d'Infanzia 		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	<p>Il progetto prevede l'attività delle figure professionali afferenti alla S.S. di Consultorio Pediatrico, con eventuale coinvolgimento degli operatori appartenenti alle S.S. SISP afferenti al DIP e vede la costruzione di interventi e percorsi formativi con l'utilizzo e l'integrazione delle specifiche competenze professionali.</p> <p>Le modalità sono da concordare con le singole scuole.</p>		
COMPITO DI ISTITUTO			

TITOLO	Movimento e benessere	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	Cons.pediatrico
		DESTINATARI	Stud/doc/gen
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione del benessere psicofisico della popolazione scolastica attraverso la pratica sportiva; - Prevenzione dei dismorfismi e dei difetti posturali attraverso la promozione della corretta attività fisica e l'attivazione di screening mirati; - Tutela dell'attività sportiva in ambito scolastico; - Educazione alla salute per la promozione della cultura sportiva non agonistica ed agonistica e per l'acquisizione di un corretto stile di vita; - Aumento delle conoscenze e della consapevolezza rispetto all'utilizzo del doping per le attività sportive 		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi previsti in base alla vigente normativa per la tutela dell'attività sportiva; - Interventi previsti in base a programmi di attività aziendali; - Interventi da concordare con gli EE.LL. e con le Istituzioni Scolastiche 		
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Assistenza sanitaria per le attività sportive svolte in ambito scolastico; - Controllo per alunni con certificazione per esonero dalle attività di educazione fisica curricolare e consulenza per l'attivazione di specifici programmi individuali; - Screening posturale e plantare con invio dei casi selezionati ad approfondimento specialistico e a riabilitazione; - Indagini conoscitive su conoscenze, competenze ed atteggiamenti rispetto al "bisogno di sport" e all'utilizzo di sostanze dopanti; - Incontri di educazione alla salute su tematiche specifiche, frontali per classe ed in plenaria, rivolti ad alunni, docenti e genitori 		
STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Computer; - Videoproiettore; - Lavagna a fogli mobili; - Materiale informativo; - Materiale di cancelleria 		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A	Dott. Enrico Straccamore		
DISTRETTO B	Dott.sa Gabriella Calenda	riabilitazione	
DISTRETTO C	Dott. Vincenzo Marchelletta		
DISTRETTO D	Dott.sa Maria Pia Mazzetti		
EQUIPE	Equipes della S.S. Consultorio Pediatrico nei diversi Punti di Erogazione del Distretto "B" costituite da: <ul style="list-style-type: none"> - Medico - Assistente Sanitaria - Infermiera Professionale - Vigilatrice d'Infanzia 		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Il progetto prevede l'attività delle figure professionali afferenti alla S.S. di Consultorio Pediatrico, con eventuale coinvolgimento degli operatori appartenenti alle S.S. Riabilitazione afferenti al DISS e vede la costruzione di interventi e percorsi formativi con l'utilizzo e l'integrazione delle specifiche competenze professionali. Le modalità sono da concordare con le singole scuole.		
COMPITO DI ISTITUTO			

TITOLO	Promozione del benessere psicofisico per l'ingresso nella scuola dell'obbligo	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Materna elem.
		STRUT.SEMP.	Cos. Pediatrico
		DESTINATARI	Stud/DOC/GEN
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione di condizioni ottimali per l'inserimento scolastico; - Diagnosi precoce di disturbi psico-fisico-comportamentali che si possono ripercuotere sull'inserimento scolastico; - Individuazione precoce di bambini che necessitano di approfondimenti specialistici in collaborazione con i Pediatri dF; - Individuazione precoce di bambini che necessitano di programmi individualizzati; - Sensibilizzazione e sostegno dei genitori per problemi specifici e per l'individuazione di percorsi di recupero; - Collaborazione e supporto dei docenti nella scelta e nell'applicazione di programmi individualizzati 		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi previsti in base alla vigente normativa per la tutela della salute nella scuola; - Interventi previsti in base a programmi di attività aziendali; - Interventi da concordare con gli EE.LL. e con le Istituzioni Scolastiche 		
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Visite di screening oculistico per i bambini di scuola materna; - Bilancio di salute comprensivo di vari screening (oculistico, odontoiartrico, cardiologico, nutrizionale, posturale, ecc.) e dello screening sui disturbi dell'apprendimento per i bambini di I elementare con invio dei soggetti individuati al PdF e/o ad approfondimento specialistico; - Consulenza per i docenti delle singole classi; - Consulenza per i genitori dei bambini individuati. 		
STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Bilancia - Stadiometro - Tavola ottometrica - Podoscopio - Lettino - Guanti, abbassalingua, fonendoscopio, luce, ecc. - Cartelle sanitarie 		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott. Enrico Straccamore		
DISTRETTO B	Dott.sa Gabriella Calenda		DLCEE SMREE S. ipovisione
DISTRETTO C	Dott. Vincenzo Marchelletta		
DISTRETTO D	Dott.sa Maria Pia Mazzetti		
EQUIPE	<p>Equipes della S.S. Consultorio Pediatrico nei diversi Punti di Erogazione del Distretto "B" costituite da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico - Assistente Sanitaria - Infermiera Professionale - Vigilatrice d'Infanzia 		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	<p>prevede l'attività delle figure professionali afferenti alla S.S. di Consultorio Pediatrico, con il coinvolgimento degli operatori appartenenti alle S.S.D. DLCEE e SMREE afferenti al DISS e e alla S.S.D. Servizio di Iprovisione della nostra Azienda e vede la costruzione di interventi e percorsi formativi con l'utilizzo e l'integrazione delle specifiche competenze professionali. Le modalità sono da concordare con le singole scuole.</p>		
COMPITO DI ISTITUTO			

2.8

TITOLO	Educazione affettivo relazionale sessuale	DISTRETTO	tutti
		SCUOLA	Media Inf.e sup.
		STRUT.SEMP.	Cons. familiare
		DESTINATARI	Studenti
OBIETTIVI	<p>A) Promozione della salute nell'ambito della sessualità e corporeità nella dimensione personale, relazionale, sociale;</p> <p>b) significato ed espressioni della sessualità e dell'affettività;</p> <p>c) adolescenza e pubertà;</p> <p>d) emozioni e sentimento: amicizia, innamoramento, amore;</p> <p>e) anatomia e fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile;</p> <p>f) concepimento, gravidanza e parto;</p> <p>G) Metodi di controllo della fertilità;</p> <p>H) Malattie a trasmissione sessuale e prevenzione;</p> <p>I) Identità di genere e ruolo sessuale: stereotipi culturali e intercultura;</p> <p>L) Informazione sui servizi consultoriali, sulla possibilità di accesso allo "spazio giovani" e agli altri servizi territoriali</p>		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	<p>a) Scuola Media Superiore: 1 incontro rivolto alle classi 2° e 3° o 3° e 5°</p> <p>b) Scuola media inferiore: incontri (da concordare) con il gruppo classe (3°media); 2 incontri con Dirigente scolastico e insegnante referente alla salute; 1 incontro con genitori; 1 incontro con docenti</p>		
METODOLOGIA	Lezione frontale; lavori di gruppo, circle time, tabulazione, brain storming		
STRUMENTI	Lavagna luminosa, slides, opuscoli informativi		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott. Cesare Lucidi		
DISTRETTO B	Dott.sa Simonetta Ferrante		
DISTRETTO C	Dott.sa Anna Maria Petitti		
DISTRETTO D	Dott.sa Lina Iadecola		
EQUIPE	Ginecologo, psicologo, assistente sociale, ostetrico, infermiere		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Fase di definizione del corso: definizione del calendario di incontri con l'insegnante referente per la salute; Fase realizzativa: incontro con gli studenti - gruppo classe; Fase di verifica: verifica con gli studenti, con i docenti; fase di feedback: incontro con gli educatori, insegnanti e genitori, per la condivisione dei risultati dell'esperienza		
COMPITO DI ISTITUTO			

TITOLO	Centri di Informazione e Consulenza Scuola Media Superiore	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	S.M. Sup-
		STRUT.SEMP.	Disagio D3D C.F.
		DESTINATARI	Studenti docenti
OBIETTIVI	a) consulenza individuale agli alunni; b) consulenza ai docenti; c) Individuazione precoce di comportamenti a rischio per la salute psico-fisica d) informazione e riduzione delle condizioni di disagio nelle relazioni tra pari e) consulenza alle famiglie; f) Favorire la costruzione di una rete per le risorse esistenti sul territorio; g) Informazione sul servizio consultoriale e sulla possibilità di accesso diretto allo "Spazio Giovani" o a spazi di cura specifici		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	Si garantisce uno sportello di ascolto di almeno 2 ore con cadenza almeno quindicinale; lo spazio può essere trasformato nell'incontro con gruppi classe		
METODOLOGIA	Presentazione del servizio al Collegio Docenti e definizione delle modalità di accesso; Presentazione del servizio e dell'operatore alle singole classi o alle prime; collaborazione con gli insegnanti referenti alla salute; presenza di un operatore per n° 3 ore settimanali o quindicinali in giornata da concordare; colloquio individuale con gli alunni basato sull'ascolto attivo; Intervento su piccoli gruppi; intervento sul gruppo classe su temi specifici; consulenza ai docenti; costruzione di una rete di intervento con i servizi del territorio e con la rete ORSEA per il coordinamento degli interventi all'interno degli Istituti scolastici e per l'invio.		
STRUMENTI	Si richiede la disponibilità di uno spazio riservato che possa garantire accoglienza e rispetto delle esigenze dei ragazzi		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott.sa Marina Zainni		D3D cons.fam.
DISTRETTO B	Dott. Lucio Maciocia		D3D cons.fam.
DISTRETTO C	Dott. Liberato Pollicella		D3D cons.fam.
DISTRETTO D	Dott. Salvatore Maggiasco		D3D cons.fam.
EQUIPE	Un operatore CiC per ciascuna scuola richiedente; tale operatore garantisce altresì la rappresentatività dell'ORSEA nella scuola		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Fase programmatico-organizzativa (contatto con la scuola, definizione spazi e tempi, definizione operatore); Fase attuativa (incontri quindicinali); Verifiche intermedie e finali (incontri Dirigente scolastico e docenti referenti)		
COMPITO DI ISTITUTO			

2.10

TITOLO	Consulenza Consigli di Classe	DISTRETTO	TUTTI
		SCUOLA	TUTTE
		STRUT.SEMP.	C.P.c.F.SMREE,D3D
		DESTINATARI	Docenti
OBIETTIVI	<p>1) garantire continuità di intervento tra CIC, segnalazioni di difficoltà nel gruppo classe e possibilità di operare trasformazioni nel gruppo classe;</p> <p>2) favorire processi di condivisione nel collegio docenti nella risoluzione dei problemi e dei conflitti;</p> <p>3) supportare la funzione docenti quali adulti di riferimento nella funzione educativa;</p> <p>4) rispondere alle problematiche emerse in un ottica di analisi della domanda nel contesto organizzativo del gruppo classe, in una ottica di condivisione e responsabilità diffusa</p>		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	Partecipazione ad almeno un consiglio di classe dedicato; è in questa sede che potranno essere definiti eventuali altri incontri o forme di intervento		
METODOLOGIA	L'operatore ASL raccoglie la richiesta e la riformula nel contesto del Consiglio di Classe; gli operatori verranno invitati dal Dirigente Scolastico a partecipare ad una seduta straordinaria del Consiglio di Classe dedicata alla problematica; l'incontro si svolge in modalità di focus group finalizzata alla costruzione di una progettualità condivisa rispetto all'analisi della domanda.		
STRUMENTI			
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A	Dott.sa Prete, Dott.Lucidi, Dott. Zainni, Dott. Straccamore		
DISTRETTO B	Dott. Nucera, dott.sa Ferrante, dott. Maciocia, Dott.sa Calenda		
DISTRETTO C	Dott.sa Di Castro, Dott.sa Petitti, Dott. Pollicella, dott. Marchelletta		
DISTRETTO D	Dott.sa Iadecola, dott. Maggiacomo, Dott.sa Mazzetti		
EQUIPE	L'èquipe di base è formata dal Responsabile di struttura, dall'operatore CIC, da un rappresentante di altri servizi che operano nella scuola e dal Consiglio di Classe		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	L'operatore di riferimento della scuola raccoglie la domanda del Consiglio di Classe; l'èquipe si forma in base ai servizi coinvolti		
COMPITO DI ISTITUTO			

2.11

TITOLO	Integrazione scolastica alunni disabili	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	SMREE
		DESTINATARI	Studenti,docenti, genitori
OBIETTIVI	<p>Informativi: Individuazione precoce di situazioni di disabilità. Iter diagnostico-valutativo del Disturbo/Disabilità. Certificazioni della situazione di disabilità con elaborazione mod.H – DF - PDF GLH operativi e GLH d'Istituto.</p> <p>Formativi/Pedagogico-educativi: Stimolare una riflessione sulla diversità; promuovere l'integrazione scolastica degli alunni disabili attraverso la valorizzazione delle potenzialità e capacità residue.</p>		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	n. 3 moduli di 3 ore ciascuno rivolti ad un minimo di 20 studenti/docenti.		
METODOLOGIA	Lezioni/Incontri frontali, proiezione di slides, coprogettazione educativa		
STRUMENTI	Modulistica, PC e proiettore		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott.ssa Prete		SMREE
DISTRETTO B	Dott.Nucera		SMREE
DISTRETTO C	Dott.ssa Di Castro		SMREE
DISTRETTO D	Dott. Cardi		SMREE
EQUIPE	Neuropsichiatria Infantile, psicologo, tecnico di neurofisiopatologia, infermiere, logopedista, assistente sociale, assistente sanitaria, terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva.		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	La richiesta va concordata con l'operatore CIC della scuola ed inviata al referente del progetto a livello distrettuale.		
COMPITO DI ISTITUTO			

TITOLO	A scuola di sicurezza	DISTRETTO	tutti
		SCUOLA	Infanzia e primaria
		STRUT.COMPL.	SISP
		DESTINATARI	Docenti/genitori/alunni
OBIETTIVI	Tutela della salute della popolazione scolastica; prevenzione degli incidenti stradali e negli ambienti di vita dei bambini (casa, scuola); favorire e sostenere la programmazione e la realizzazione di programmi educativi e formativi a favore degli alunni, caratterizzati dalla condivisione di metodi, tecniche, strategie e contenuti; diffondere specifiche conoscenze sulle tematiche dell'incidentalità stradale e domestica; promuovere e sostenere la motivazione alla protezione dei bambini		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	Interventi previsti in base alla vigente normativa per la tutela della salute pubblica; Interventi previsti in base a programmi di attività aziendali; Interventi da concordare con gli EE.LL. e con le Istituzioni Scolastiche.		
METODOLOGIA	Corsi di formazione ai docenti; presentazione e diffusione di materiale didattico/formativo validato a livello nazionale, a sostegno delle life skills dell'OMS; consulenza e sostegno della programmazione nel singolo istituto scolastico richiedente; Attivazione di campagne informative rivolte ai Genitori ed Alunni		
STRUMENTI	Proiettore, personal computer, materiale didattico/formativo, questionari di verifica		
DISTRETTI	REFERENTI		Altri SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott.sa Luciana Buccitti		DISS
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psicologo, medico, infermiere, tecnico della prevenzione		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Le attività proposte afferiscono ai Piani Attuativi Aziendali "Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Stradali e Domestici" già in atto e verrà coordinata nell'ambito dei Gruppi di Lavoro Interdipartimentali. Sono previsti percorsi formativi per gli operatori ASL, finalizzati a condividere conoscenze ed integrare le diverse professionalità.		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.a.13

TITOLO	COCAINA E DINTORNI: percorso cognitivo emotivo alla corretta percezione del rischio	DISTRETTO	A-B
		SCUOLA	S.M. sup.
		STRUT.SEMP.	Disagio D3D
		DESTINATARI	Studenti
OBIETTIVI	1) rendere gli alunni consapevoli del rischio connesso all'uso e abuso di cocaina 2) saper riconoscere gli elementi cognitivi ed emotivi inerenti le situazioni individuali e gruppal a rischio 3) implementare le capacità di individuazione e gestione degli stressor individuali ed ambientali 4) incrementare la resilienza.		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	2 incontri di 2 ore ciascuno		
METODOLOGIA	metodologia attiva: focus group, brainstorming; produzione di slogan per la prevenzione		
STRUMENTI			
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A	Dott.ssa Antonella D'Ambrosi	D3D	
DISTRETTO B	Dott.ssa Antonella D'Ambrosi	D3D	
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psicologo, medico, assistente sociale		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	coordinamento con le scuole che ne fanno richiesta; il progetto è legato alle attività del Centro Consulenza cocainomani di Frosinone		
COMPITO DI ISTITUTO – Progetto curato dal Centro di consulenza per cocainomani			

3.a.14

TITOLO	Corpo, cibo e ambiente: le dimensioni del crescere	DISTRETTO	A B
		SCUOLA	S.M. Euper.
		STRUT.SEMP.	Disagio D3D
		DESTINATARI	Alunni
OBIETTIVI	1)Promuovere una riflessione ed il contatto con se stessi. 2)Conoscere il corpo:rapporto tra Corpo,Emozioni e Fantasia rispetto a se stessi,agli altri e al tempo. 3)Capacità critica verso miti e modelli familiari e sociali su temi come il cibo,la sessualità,il successo, la stima e gli affetti. 4)Accettare ed accettarsi:imposizione o dialettica? 5)Assimilazione e differenziazione. 7)A chi devo credere?.		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	3 incontri di 3 h per 1 o 2 classi.		
METODOLOGIA	Incontri con classe in modalità discorsiva o interattiva.		
STRUMENTI	Spazio adeguato,PC con proiezione.		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott. Lombardi		D3D
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psichiatra, medico		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	coordinamento con le scuole che ne fanno richiesta		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.b.15

TITOLO	Centri di Informazione e Consulenza Scuola Media Inferiore	DISTRETTO	B
		SCUOLA	S,M,Inf.
		STRUT.SEMP.	Cons.Fam.
		DESTINATARI	Studenti docenti
OBIETTIVI	a) consulenza individuale agli alunni; b) consulenza ai docenti; c) Individuazione precoce di comportamenti a rischio per la salute psico-fisica d) informazione e riduzione delle condizioni di disagio nelle relazioni tra pari e) consulenza alle famiglie; f) Favorire la costruzione di una rete per le risorse esistenti sul territorio; g) Informazione sul servizio consultoriale e sulla possibilità di accesso diretto allo "Spazio Giovani"		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	Presenza almeno quindicinale dello sportello per ciascuna scuola richiedente; 1 incontro alle classi terze		
METODOLOGIA	Presentazione del servizio al Colleggio Docenti e definizione delle modalità di accesso; Presentazione del servizio e dell'operatore alle singole classi o alle prime; collaborazione con gli insegnanti referenti alla salute; presenza di un operatore per n° 3 ore settimanali o quindicinali in giornata da concordare; colloquio individuale con gli alunni basato sull'ascolto attivo; Intervento su piccoli gruppi; intervento sul gruppo classe su temi specifici; consulenza ai docenti; costruzione di una rete di intervento con i servizi del territorio e con la rete ORSEA per il coordinamento degli interventi all'interno degli Istituti scolastici e per l'invio.		
STRUMENTI	Stanza riservata per i colloqui; divulgazione attraverso locandine		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott.sa Simonetta Ferrante		
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Operatore CIC dei Consultori familiari: medico, psicologo, assistente sociale, ostetrica, infermiere		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Fase programmatico-organizzativo (contatto con la scuola, definizione spazi e tempi, definizione operatore); Fase attuativa (incontri quindicinali); Verifiche intermedie e finali (incontri Dirigente scolastico e docenti referenti)		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.b.16

TITOLO	Farmaci non caramelle	DISTRETTO	B
		SCUOLA	S.M.sup.
		STRUT.SEMP.	Disagio,Farmaco
		DESTINATARI	Alunni
OBIETTIVI	<p>1) Introduzione alla conoscenza del farmaco: elementi di farmacocinetica, farmacodinamica, posologia, effetti collaterali ed indesiderati.</p> <p>2) Conoscere le principali modalità di utilizzo del farmaco: uso, misuse, abuso.</p> <p>3) Conoscere i concetti di dipendenza, tolleranza, astinenza ed intossicazione</p> <p>4) Conoscere cos'è il craving e le modalità di gestione.</p> <p>5) Aumentare il livello di consapevolezza rispetto all'uso del farmaco.</p> <p>6) Conoscere l'uso dei farmaci nelle diete e nello sport.</p>		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	Tre incontri di due ore ciascuno.		
METODOLOGIA	La metodologia si basa su forme di apprendimento attivo; sono previsti brain-storming, circle time, simulate, elaborati di gruppo.		
STRUMENTI	computer, video proiettore, lavagna a fogli mobili, materiale di cancelleria (fogli bristol, colori ecc.)		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott.sa Anna De Filippis, Dott. Fulvio Ferrante		D3D- S.C.Farmaco
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Medico, farmacista, psicologo		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Il progetto vede il coinvolgimento di operatori appartenenti a due Dipartimenti diversi; sarà loro cura strutturare i percorsi secondo le proprie specifiche peculiarità. Le modalità sono da concordare con le singole scuole.		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.b.17

TITOLO	Linee di intervento nei fenomeni di bullismo	DISTRETTO	B
		SCUOLA	S,M. sup.
		STRUT.SEMP.	SMREE
		DESTINATARI	studenti
OBIETTIVI	a) descrizione del fenomeno; b) Analisi dei comportamenti; c) Favorire la consapevolezza negli studenti dei rischi e delle conseguenze del bullismo; d) favorire l'acquisizione di modalità psitive di risoluzione del conflitto		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	n. 1 modulo da 3 ore con un minimo di 20 studenti		
METODOLOGIA	Lezioni frontali, visione di un video, brain storming		
STRUMENTI	materiale cartaceo, lettore DVD, proiettore		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott. Nucera,		SMREE
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Neuropsichiatra, psicologo, sociologo		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	La richiesta va concordata con gli operatori CIC e da loro inviata al referente del progetto a livello distrettuale.		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.b.18

TITOLO	Il corpo come uno specchio (trauma, anoressia, bulimia)	DISTRETTO	B
		SCUOLA	Superiori
		STRUT.SEMP.	Disagio 3D SMREE
		DESTINATARI	studenti
OBIETTIVI	Informativi: descrizione ed analisi dei comportamenti adolescenziali in ambito familiare e sociale. Formativi/Pedagogico-educativi: Stimolare una riflessione individuale e collettiva sulla diversità, sul corpo in trasformazione nell'adolescenza, sul confronto con gli altri e sull'accettazione di sé.		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	2 moduli di 3 ore ciascuno, rivolti ad un minimo di 20 studenti.		
METODOLOGIA	Video Didattici, brain storming, lezioni frontali.		
STRUMENTI	Lettore DVD e proiettore digitale		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott. Nucera		SMREE
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Neuropsichiatra infantile, psicologo, sociologo.		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	da concordare con la scuola per il tramite dell'operatore CIC referente		
A PAGAMENTO: da concordare con il Responsabile del progetto			

3.c.19

TITOLO	Educazione al comportamento prosociale	DISTRETTO	C
		SCUOLA	S.elementare
		STRUT.SEMP.	Cons.fam.
		DESTINATARI	Studenti docenti
OBIETTIVI	Sostenere scambi relazionali positivi attraverso l'apprendimento e il rinforzo del comportamento prosociale		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	14 unità didattiche dal svolgere nel corso di un intero anno scolastico		
METODOLOGIA	Supporto tecnico-professionale attraverso supervisione e consulenze specifiche agli insegnanti; affiancamento della figura dello psicologo nel corso degli interventi formativi		
STRUMENTI	Lucidi, fotocopie, CD audio visivi, colori, forbici, colla		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C	Dott.sa Anna Maria Petitti		
DISTRETTO D			
EQUIPE	Medico, psicologo, assistente sociale		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Su richiesta delle scuole		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.c.20

TITOLO	Sobrio sempre	DISTRETTO	C
		SCUOLA	S.M.Sup.
		STRUT.SEMP.	Disagio D3D
		DESTINATARI	Alunni
OBIETTIVI	Prevenzione alcolismo		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	n. 1 incontro nelle prime classi delle superiori		
METODOLOGIA	Interattiva		
STRUMENTI	Audiovisivi, opuscoli		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C	Dott. Liberato Pollicella		
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psicologi, operatore CIC operante nella scuola, Operatori ANCA, docente referente Educazione alla salute		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Su richiesta della scuola previa attivazione del Centro Informazione e Consulenza		
A PAGAMENTO, da concordare con il responsabile			

3.c.21

TITOLO	Identità, tecnologie modelli comunicazionali e relazionali	DISTRETTO	C
		SCUOLA	S.M.Sup.
		STRUT.SEMP.	CSM
		DESTINATARI	Studenti
OBIETTIVI	Miglioramento delle capacità di scelta professionale ed affettive attraverso una maggiore consapevolezza del “se”		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	4 incontri di 3 ore ciascuno rivolto alle classi IV e V		
METODOLOGIA	Lavoro di gruppo		
STRUMENTI	Proiettore, computer, lavagna luminosa		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C	Dott. Donato Rufo	CSM	
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psichiatra, assistente sociale		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Su richiesta della scuola, tramite operatore CIC		
Non prevede costi per la scuola, è possibile attivarlo anche in altri distretti, previo accordo con il Referente			

TITOLO	PREVENZIONE FUMO	DISTRETTO	B - C
		SCUOLA	El. Media
		STRUT.	Direzione Distretto C Distretto A D3D
		DESTINATARI	Docenti/studenti
OBIETTIVI	1) Sviluppare un percorso sulla percezione del rischio legato al fumo evidenziando inoltre i danni fisici e psicologici provocati dal tabagismo; 2) Favorire la capacità di critica verso i modelli stereotipati inviando il messaggio “il fumatore è un debole e non un grande”; 3) Incrementare la capacità di gestione e degli eventi stressanti; 4) Fare leva sui modelli educativi presenti nei “non fumatori”; 5) Rinforzare l’autostima.		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	n.° 3 incontri di un’ora.		
METODOLOGIA	1) Incontro di sensibilizzazione con gli insegnanti; 2) Lavoro di classe tra insegnanti e gli alunni di preparazione; 3) Somministrazione di un questionario prima e dopo dell’attività didattica; 3) Proiezione e commento di slides; 4) Riflessioni personali.		
STRUMENTI	1) Materiale di cancelleria; 2) Lavagna luminosa; 3) Questionari; 4) Slides.		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott.ssa Anna De Filippis		D3D
DISTRETTO B			
DISTRETTO C	Dott.ssa Rossana Parravano		Direzione Distretto “C”
DISTRETTO D			
EQUIPE	DISTRETTO B: Dott.ssa Anna De Filippis, Dott.ssa Anna Pilato, Dott.ssa Maria Cristina Cuppini, DISTRETTO C: Dott.ssa Rossana Parravano, Dott.ssa Gabriella Fraraccio, I.P. Patrizia Tatangelo.		
MODALITA’ INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Da concordare con le scuole interessate.		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.c.23

TITOLO	Sportello di ascolto ed interventi in classe	DISTRETTO	C
		SCUOLA	Elem., media inf
		STRUT.SEMP.	Distretto
		DESTINATARI	Alunni, docenti
OBIETTIVI	Migliorare lo stato di salute generale attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione delle difficoltà di apprendimento - Migliorare l'attenzione e la concentrazione - Attivare strategie per il contenimento dell'iperattività - Prevenire l'uso del tabacco Prevenire l'assenteismo attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - Attenzione ai dati dell'abbandono scolastico e/o rendimento scolastico insufficiente - Affrontare il disagio scolastico e migliorare l'autoefficacia 		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	<ul style="list-style-type: none"> - Sportello di ascolto almeno quindicinale di almeno 2 ore aperto a insegnanti, alunni, genitori; - Interventi concordati nelle classi V per la prevenzione del fumo 		
METODOLOGIA	Ascolto attivo, counseling individuale e di piccolo gruppo; lezione frontale		
STRUMENTI	Spazio appositamente strutturato		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C	Dott.se Rossana Parravano	Direzione Distretto "C"	
DISTRETTO D			
EQUIPE	Dott. sse Rossana Parravano, Gabriella Fraraccio, Infermieri, Ass. Sociali, Psicologi, Ass. Sanitarie		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Su richiesta della scuola ed in accordo con i servizi operanti nella scuola; gli operatori incaricati dello sportello provvederanno ad attivare la rete dei servizi per l'invio e/o l'attivazione di altri aspetti progettuali		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.d.24

TITOLO	Mentre sto diventando grande	DISTRETTO	D
		SCUOLA	Medie Inf. e sup
		STRUT.SEMP.	Tutte
		DESTINATARI	Studenti
OBIETTIVI	<p>1) Promozione della conoscenza del sè nella capacità globale di vivere i cambiamenti fisici e psichici;</p> <p>2) "diventare grande come conquista dell'identità: autostima, motivazione alla riuscita, scoperte delle proprie competenze professionali e relazionali;</p> <p>3) accrescere le capacità di rilevare e riconoscere i bisogni e le motivazioni affettive, cognitive, sociali;</p> <p>4) Educazione alla salute psico-fisica-relazionale,intesa anche come capacità di vivere la sessualità in armonia con lo sviluppo normale dell'adolescenza;</p> <p>5) informazioni di anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttore maschile e femminile con particolare riferimento alla fertilità, concepimento, conoscenza ed uso di metodi contraccettivi, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, promozione della vaccinazione anti hpv (anti papilloma virus);</p> <p>6)incremento della capacità integrativa del gruppo con particolare riferimento ai processi di appartenenza e coesione nel gruppo classe. percorso motivazionale nelle progettualità individuali e di gruppo;</p> <p>7) promozione del riconoscimento dei sentimenti, delle emozioni nella gestione ed espressione del sè.</p>		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	6 incontri di 2 ore ciascuno per singola classe più somministrazione del questionario di verifica		
METODOLOGIA	Incontri frontali e non frontali con il gruppo classe. Brainstorming, circle-time, questionari e audiovisivi		
STRUMENTI	Proiettore e personal computer, spazi adeguati		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C			
DISTRETTO D	Dott. Salvatore Maggiacomo, Dr.ssa Angela Villani, Dr.ssa Aurelia Catalano		D3D, DSM, Consultorio Familiare
EQUIPE	Assistente sociale, psicologo, Medico, Ostetrica e infermiere professionale Disagio D3D e Consultorio familiare		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	La richiesta va concordata con l'operatore CIC della scuola ed inviata al referente del progetto a livello distrettuale; si concorda i giorni e l'orario per l'intervento in classe		
COMPITO DI ISTITUTO			

3.d.25

TITOLO	Prevenzione e promozione del benessere nel gruppo classe	DISTRETTO	D
		SCUOLA	IPIA CASSINO
		STRUT.SEMP.	SMREE
		DESTINATARI	Studenti
OBIETTIVI	1) Accrescere la consapevolezza di sè; 2) favorire un contatto reciproco più intenso e diretto tra i partecipanti; 3) mobilitare le risorse interne ed esterne al fine di affrontare in modo adeguato situazioni e problemi.		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	1 incontro al mese di 2 ore con la classe; 1-2 sedute di accompagnamento psicologico individualizzato.		
METODOLOGIA	Incontri di gruppo autocentrati: tecniche del circle time, gioco dei ruoli, etc.		
STRUMENTI	Spazi adeguati.		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C			
DISTRETTO D	Dott. ssa Giuseppina Arciero		SMREE
EQUIPE	PSICOLOGA		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Gli incontri saranno definiti con l'Istituto. In continuità con progetto già attivo		
A PAGAMENTO			

3.d.26

TITOLO	Armonia Corpo Mente	DISTRETTO	D
		SCUOLA	S.M.S.
		STRUT.SEMP.	Disagio 3D
		DESTINATARI	Studenti/docenti
OBIETTIVI	Apprendimento di esercizi fisici di armonizzazione corpo e mente con finalità antistress, di benessere e di risveglio della creatività. I blocchi emozionali saranno rimossi con la pratica costante e ne conseguirà una maggiore integrità fisica e psichica.		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	Sono previsti 12 incontri di due ore ciascuno. E' previsto test di ingresso e test di verifica finale		
METODOLOGIA	Incontri di gruppo autocentrati: tecniche del circle time, gioco dei ruoli, etc.		
STRUMENTI	Vestiti comodi e scarpe con plantare piatto. I tappetini, se non disponibili da parte della scuola, sono a carico dei partecipanti		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C			
DISTRETTO D	Dott. Salvatore Maggiacomo		Disagio 3D
EQUIPE	Dott. Salvatore Maggiacomo		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	le date degli incontri saranno definite di concerto con i richiedenti		
A PAGAMENTO			

TITOLO	PROGETTO ALCOL E GIOVANI - CORSO DI SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE ALL'APPROCCIO ECOLOGICO SOCIALE AI PROBLEMI ALCOL CORRELATI RIVOLTO AI GIOVANI E PER I GIOVANI	DISTRETTO	B - D
		SCUOLA	S.M.S.
		STRUT.SEMP.	Disagio 3D
		DESTINATARI	Studenti/docenti
OBIETTIVI	1) Accrescere la consapevolezza sui problemi alcol correlati; 2) Formare in maniera scientifica sulle problematiche dell'alcol e le patologie correlate; 3) Facilitare il contatto reciproco tra i partecipanti, aiutarli nell'esperienza dell'autoformazione, incoraggiare ciascuno a percepirsi come risorsa formativa per l'altro; 4) Attestato conseguito, valido per i crediti formativi scolastici..		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	a) 1 INCONTRO - DI SENSIBILIZZAZIONE; b) 4 INCONTRI - DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE; c) 1 INCONTRO - DI RESTITUZIONE E PROPOSTE		
METODOLOGIA	Relazioni Informative di approfondimento delle varie problematiche; Lavori di Gruppo; Visite ai Club di Alcolisti e Famiglie;		
STRUMENTI			
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A	Dott.sa Anna De Filippis, dott.sa Rita Grandi	D3D	
DISTRETTO B	Dott.sa Anna De Filippis, dott.sa Rita Grandi	D3D	
DISTRETTO C			
DISTRETTO D	Dott.ssa Anna Castellana	Disagio 3D- privato sociale	
EQUIPE	Distretto A-B-: Medico, assistente sociale Distretto D: Psicologi, operatori privato sociale		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Da concordare con l'Istituto.		
A PAGAMENTO			

TITOLO	Cosa vorrei fare da grande	DISTRETTO	D
		SCUOLA	S.M.S. e inf.
		STRUT.SEMP.	tutte
		DESTINATARI	Studenti
OBIETTIVI	Analisi dei percorsi motivazionali nelle scelte di vita personali e professionali		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	2 incontri di 2 ore ciascuno per singola classe. Max due classi per istituto		
METODOLOGIA	Focus group		
STRUMENTI	Aula ampia per poter lavorare con sedie disposte a cerchio. Materiale di cancelleria (penne e fogli)		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B			
DISTRETTO C			
DISTRETTO D	Dr.ssa Angela Villani		D3D, DSM, Consultorio Familiare
EQUIPE	CSM di Cassino: Dott.ssa Immacolata di Zazzo, Dott.ssa Angela Villani. CSM di Pontecorvo: dott.ssa F. Casinelli, dott.ssa Rita Santoro, Ass. Soc. E. Vallone		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	attivazione del progetto attraverso area DSM.		
Gratuito			

4 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO RIVOLTO AI DOCENTI

4.a - Progetti attivabili direttamente
nelle scuole richiedenti, o in sedi
definite con costo a carico della scuola

TITOLO	La scuola fa bene a tutti	DISTRETTO	A-C-D
		SCUOLA	1°elementare
		STRUT.SEMP.	Dlcee
		DESTINATARI	Docenti,alunni
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione ai docenti di 1° elementare sulle basi neuropsicologiche dell'apprendimento della letto scrittura - Individuazione alunni con difficoltà di apprendimento - Laboratori fonologici gestiti dagli insegnanti 		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 incontri di tre ore a settembre, prima dell'inizio dell'anno scolastico, per i docenti - 2 incontri di valutazione per gli alunni, il primo fine 1° quadrimestre, il 2° alla fine dell'anno scolastico - 3 incontri di preparazione, monitoraggio e verifica legati ai laboratori fonologici gestiti dai docenti (marzo, aprile, maggio) - Verifica dei risultati finali raggiunti dai bambini del laboratorio fonologico (maggio) 		
METODOLOGIA	- Incontri frontali, laboratorio di metodologia attiva		
STRUMENTI	- Slide, materiale cartaceo		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott.sa Daniela Pezzella		Dlcee Cons.pediatrico
DISTRETTO B			
DISTRETTO C	Dott.sa Daniela Pezzella		
DISTRETTO D	Dott.sa Daniela Pezzella		
EQUIPE	Equipe Dlcee in collaborazione con équipe locali Consultorio pediatrico		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Su richiesta dei capi di istituto verrà costruito un calendario degli incontri da effettuarsi direttamente nelle scuole richiedenti		
A PAGAMENTO			

N.B.: questo progetto non viene attivato nel Distretto B in quanto è già attivo analogo progetto di screening in collaborazione con il consultorio Pediatrico distrettuale.

4.b - AGGIORNAMENTO FORMATIVO RIVOLTO AI DOCENTI

l'intervento formativo si attua presso una sede della ASL Frosinone o a cura dell'IRASE;

Il calendario degli eventi formativi verrà comunicato ad inizio anno scolastico,
l'adesione è individuale.

L'evento prevede un costo di adesione

Previo accordo, è possibile attivare il corso presso qualsiasi plesso scolastico.

Alcuni di questi progetti sono rientrati nell'offerta formativa dell'IRASE, ente accreditato dal MIUR per la formazione docenti

4.b.30

TITOLO	Problematiche dell'Adolescenza	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	Cons.Fam
		DESTINATARI	Docenti
OBIETTIVI	a) Analisi dei fattori di ansia personali connessi con adolescenza e pubertà; b) Individuazione precoce di disagio scolastico, familiare, relazionale; c) Individuazione precoce di comportamenti a rischio per la salute psico-fisica; d) Informazione e riduzione condizioni di disagio nelle relazioni con i pari in ambito scolastico; e) analisi delle dinamiche interne al gruppo docenti, al gruppo classe, e alle relazioni scolastiche; f) informazioni sui servizi territoriali rivolti ad adolescenti, giovani e educatori; g) servizi di consulenza ad adulti educatori, insegnanti e genitori; h) costruzione di un modello integrato di intervento e di una rete tra servizi		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	3 incontri di due ore		
METODOLOGIA	Lezioni frontali, laboratori esperenziali, lavori in piccolo gruppo con tecniche di apprendimento attivo, simulate, role playing, brain storming, acrostico; commento degli elaborati in plenaria		
STRUMENTI	Il corso si terrà presso la Sala Convegni della ASL di Frosinone		
DISTRETTI	REFERENTI	SERVIZI	
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott.sa Simonetta Ferrante		
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psicologo, assistente sanitaria, assistente sociale		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Il corso si svolgerà con tempi e modi stabiliti dalla ASL, una volta l'anno. I docenti potranno accedere su prenotazione		
A PAGAMENTO - Inserito nell'offerta IRASE			

4.b.31

TITOLO	La Comunicazione	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	Cons.fam. CSM
		DESTINATARI	Docenti
OBIETTIVI	a) Fornire riferimenti teorici sulla comunicazione, secondo l'approccio sistemico-relazionale; b) la comunicazione efficace, secondo il modello teorico di Gordon; c) analisi dei fattori di ansia soggettiva connessi con adolescenza e pubertà; d) Individuazione precoce di disagio scolastico, familiare e relazionale; e) individuazione precoce di comportamenti a rischio per la salute psico-fisica; f) il disagio scolastico e le dinamiche relazionali tra pari; g) analisi di dinamiche interne al gruppo docenti e al contesto scolastico; h) informazione sui servizi territoriali rivolti ad adolescenti e giovani; i) costruzione di un modello integrato di intervento e di una rete di servizi		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	n. 3 incontri di 3 ore ciascuno		
METODOLOGIA	Lezioni frontali, laboratori esperenziali, lavori in piccolo gruppo con tecniche di apprendimento attivo, simulate, role playing, brain storming, acrostico; commento degli elaborati in plenaria		
STRUMENTI	Spazio attrezzato della Sala Convegni della ASL di Frosinone		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott. Nicola Mastrocola		
DISTRETTO B	Dott.sa Simonetta Ferrante, Dott.sa Anna Rita Pica		
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psicologo, assistente sanitaria, assistente sociale		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Il corso si svolgerà con tempi e modi stabiliti dalla ASL, una volta l'anno. I docenti potranno accedere su prenotazione		
A PAGAMENTO Inserito nell'offerta IRASE			

4.b.32

TITOLO	Il trattamento della dislessia come prevenzione del rischio della dispersione scolastica	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	Dlcee
		DESTINATARI	Docenti
OBIETTIVI	a) riconoscimento precoce dei soggetti a rischio di disturbo specifico di apprendimento; b) Passaggio di competenze ai docenti per l'individuazione di strumenti pedagogici e didattici in classe		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	n. 4 incontri da 3 ore ciascuno		
METODOLOGIA	Lezione frontale		
STRUMENTI	Materiale cartaceo, slide, pc, proiettore		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott.sa Daniela Pezzella		Dlcee SMREE, DSM
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Logopedista, ass. sanitaria, psichiatra, psicologo, neuropsichiatra, tecnico Neuropsichiatria infantile		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Il corso verrà proposto con modalità semiresidenziale presso la ASL di Frosinone in una unica edizione; i docenti interessati potranno iscriversi previa indicazione della scuola di provenienza		
A PAGAMENTO Inserito nell'offerta IRASE			

N.B. il corso può essere effettuato anche direttamente nelle scuole, previa richiesta specifica ed un congruo numero di partecipanti –

4.b.33

TITOLO	L'alunno difficile, analisi delle risorse nei deficit di attenzione e iperattività	DISTRETTO	Tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	SMREE
		DESTINATARI	Docenti
OBIETTIVI	Fornire elementi di conoscenza anatomo-funzionali-neuropsicologici nell'eziologia del DDAI; favorire il passaggio di competenze ai docenti nell'acquisizione di strumenti psico-pedagogico-educativi da utilizzare per favorire una maggiore integrazione e migliori risultati in classe		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	n. 3 incontri di 3 ore ciascuno		
METODOLOGIA	Lezioni frontali e lavori di gruppo		
STRUMENTI	materiale cartaceo, slide, pc, proiettore		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A			
DISTRETTO B	Dott. Giuseppe Nucera		SMREE
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Neuropsichiatra, psicologo, Terapista neuromotricità, ass. sanitaria		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Il corso verrà proposto con modalità semiresidenziale presso la ASL di Frosinone in una unica edizione; i docenti interessati potranno iscriversi previa indicazione della scuola di provenienza		
A PAGAMENTO Inserito nell'offerta IRASE			

N.B. il corso può essere effettuato anche direttamente nelle scuole, previa richiesta specifica ed un congruo numero di partecipanti

4.b.34

TITOLO	Promozione del benessere organizzativo scolastico – Prevenzione del burn - out	DISTRETTO	tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	Disagio 3D spresal
		DESTINATARI	Docenti
OBIETTIVI	1) principali modelli di riferimento; 2) presentazione del lavoro di Cantieri P.A.; 3) Analisi partecipata del contesto scolastico; 4) condivisione degli indicatori specifici del benessere/malessere a scuola; 5) gestione del conflitto; 6) costruzione partecipata di uno strumento di lettura della situazione scolastica; 7) analisi e lettura dei risultati; 8) costruzione partecipata di ipotesi di cambiamento e loro sperimentazione; 9) verifica dei risultati		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	a) 4-5 incontri di 3 ore ciascuno, rivolto ad un minimo di 10 docenti b) Unico modulo formativo quale aggiornamento obbligatorio relativo alla sicurezza ed al benessere sul posto di lavoro		
METODOLOGIA	Progetto di ricerca-azione che prevede una prima fase di studio, di analisi del contesto, di obiettivi condivisi da raggiungere e un momento finale di valutazione; Comunicazione dei principali modelli teorici di riferimento; focus group tematici; simulate e giochi di ruolo		
STRUMENTI	Proiettore e personal computer, spazi adeguati		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott. Nicola Mastrocola		DSM
DISTRETTO B	Dott. Lucio Maciocia, dott.sa Marina Zainni, Dott.sa Maria Lucia Martini		D3D
DISTRETTO C			
DISTRETTO D			
EQUIPE	Psicologo,		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	La richiesta va concordata con l'operatore CIC della scuola ed inviata al referente del progetto a livello distrettuale; si concorda i giorni e l'orario per la formazione docenti		
A PAGAMENTO Inserito nell'offerta IRASE			

4.b.35

TITOLO	Adempimenti e figure della prevenzione ai sensi del nuovo testo unico 81/08	DISTRETTO	tutti
		SCUOLA	Tutte
		STRUT.SEMP.	SPRESAL
		DESTINATARI	Docenti e Dirigenti
OBIETTIVI	Definizione delle responsabilità di Dirigenti Scolastici e preposti alla luce delle nuove norme in tema di prevenzione		
PROGRAMMA (NUMERO INCONTRI)	Definizione delle responsabilità di Dirigenti Scolastici e preposti alla luce delle nuove norme in tema di prevenzione		
METODOLOGIA	piccolo gruppo, case management, focus group		
STRUMENTI	Proiettore, pc, materiale illustrativo, questionario di ingresso e verifica		
DISTRETTI	REFERENTI		SERVIZI
DISTRETTO A	Dott.sa M.Teresa Mirone		Spresal
DISTRETTO B	Dott.sa Lucilla Boschero		Spresal
DISTRETTO C	Dott. Remo Pessia		Spresal
DISTRETTO D	Dott. Alessandro Varone		Spresal
EQUIPE	Tecnici della prevenzione, sanitari, Sociologo		
MODALITA' INTERNA DI ORGANIZZAZIONE	Le richieste vanno inoltrate al responsabile distrettuale del progetto e le date degli incontri vengono concordate con la scuola richiedente		
A PAGAMENTO Inserito nell'offerta IRASE			

12. L'ORGANIGRAMMA ORSEA ASL FROSINONE

Dipartimenti	Comitato scientifico	Uff. Coordinamento centrale	Gruppo di lavoro distretto A	Gruppo di lavoro distretto B	Gruppo di lavoro distretto C	Gruppo di lavoro distretto D
D3D	Fernando Ferrauti	Lucio Maciocia Anna De Filippis Salvatore Maggiacomo	Marina Zainni M.Lucia Martini	Antonella D'Ambrosi Cristina Cuppini	Liberato Pollicella Pia Savino	Anna Castellana Rosalia Ciano
DSM	Angelo Torre	Antonio Masi Ferdinando De Marco Renato Certosino	Vincenzo De Geronimo Antonio Ferrari Nicola Mastrocola	Mario Moriconi Fausto Russo	Antonio De Santis Marina Iafrate Donato Rufo Maria Concetta Nuzzaci	Florida Casinelli Rita Santoro Ermelinda Vallone Immacolata Di Zazzo Angela Villani Anna Maria Canale
DIP SPRESAL	Giancarlo Pizzutelli	Rosa Ferri	Maria Teresa Mirone	Carla Chiara Mizzoni	Remo Pessia	Allessandro Varone
DIP SIAN SISP					Patrizia Tatangelo	Claudio Di Russo
DISS Cons.fam	Ettore Cataldi	Anna Maria Petitti Lina Iadecola	Cesare Lucidi Giuditta De Rossi Giuseppina Rullo	Simonetta Ferrante Anna Rita Pica	Ornella Abbate Morena Di Palma	Aurelia Catalano Speranza Valente
DISS Cons.ped.		Gabriella Calenda	Enrico Straccamore Marina Fiorini	Anna Maria Pugliese Lucia Balzerani	Vincenzo Marchelletta Angela Gabriele	Maria Pia Mazzetti Donatella Di Libero Maria Pia Gualtieri
DISS SMREE		Giuseppe Nucera Natalia Prete	Natalia Prete Giacinta Ferdinandi	Maria Grazia Pappalardo Dina Paniccia	Patrizia Paniccia Marica Di Castro Marta Piedimonte	Mario Turchetta Liana Pansera
DISS Dis.Lin.		Daniela Pezzella		Flavia Coccia Alessandra Dennetta		
Monitoraggio at.farmaceutica			Fulvio Ferrante			
Segreteria Tecnica		Rossana Parravano M.Lucia Martini	M.Lucia Martini	M.Lucia Martini	Rossana Parravano	Rossana Parravano

12.1. Elenco dei referenti progettuali

UNITÀ OPERATIVE	DISTRETTO	REFERENTE	TELEFONO	FAX
INTERVENTI DESTINATI AGLI ALUNNI				
Consultori Pediatrici Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria	A	Enrico Straccamore	0775438525	0775443147
	B	Gabriella Calenda	0775882362	0775882553
	C	Vincenzo Marchelletta	0776 821863	0776824527
	D	Maria Pia Mazzetti	0776769271	0776769205
Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva DISS	A	Natalia Prete	0775732313	
	B	Giuseppe Nucera	0775882653	0775882388
	C	Marica Di Castro	0776821855	0776824527
	D	Maurizio Cardì		
Consultori Familiari DISS	A	Cesare Lucidi	0775438402	
	B	Simonetta Ferrante	0775854010	
	C	Anna Maria Petitti	0776821854	0776821854
	D	Lina Iadecola	0776760218	
SIAS Dipartimento di Prevenzione	Unico referente	Luciana Buccitti	0775882358	0775882551
Disagio Dipartimento Disagio Devianza Dipendenza (D3D)	A	Marina Zainni	0776821895	07765824527
	B	Lucio Maciocia	0775291699	0775291699
		Anna De Filippis	0775882210	0775882350
		Antonella D'Ambrosi Biagio Lombardi	0775882210 0775291818	0775291699 0775291699
C	Liberato Pollicella	0776821829	0776524527	
D	Salvatore Maggiacomo	0776311616	0776319303	
SPRESAL Dipartimento di Prevenzione	A	Maria Teresa Mirone	0775734005	0775733716
	B	Rosa Ferri	0775882328	0775882551
		Lucilla Boschero	0775882646	
	C	Remo Pessia	0776803003	0776800534
D	Alessandro Varone	0776311769	0776311407	
Centri Salute Mentale Dipartimento di Salute Mentale	A	Antonio Ferrari	0775732217	
		Nicola Mastrocola	0775434510	
	B	Fausto Russo	07756261	0775621164
		Mario Moricone	0775246066	0775246066
C	Donato Rufo	0776821826	0776824527	
D	Immacolata Di Zazzo	0776311906		
Disabilità Linguistiche e Cognitive in Età Evolutiva DISS	B Unica referente	Daniela Pezzella	0775882389	0775882551
Direzione Distretto C	C	Rossana Parravano	0776821865	0776824527



AZIENDA USL FROSINONE

Osservatorio di Ricerca e Studio Età Evolutiva e Adolescenziale

Sede: Azienda USL di Frosinone
 Comprensorio polifunzionale di via A.Fabi
 Palazzina P- Ala sud - Piano Terra

INDICE BOLLETTINO ORSEA N. 7

1	Presentazione a cura del Direttore Generale	3
1.1	Il Dipartimento di Integrazione socio Sanitaria nell'ORSEA	5
1.2	Il Dipartimento di Prevenzione nell'ORSEA	7
1.3	Il Dipartimento Disagio Devianza Dipendenza nell'ORSEA	9
1.4	Il Dipartimento di Salute Mentale e l'ORSEA	10
1.5	Introduzione al Bollettino n. 7	11
2	Il Quadro di riferimento nazionale per le politiche di promozione di salute	13
2.1	Le politiche attive di prevenzione: il programma "Guadagnare salute"	13
2.2	Lo strumento operativo di "guadagnare Salute" in Italia: il Ccm (Centro Nazionale Controllo delle Malattie)	20
2.3	Progetti attivati dal Ccm e affidati alle Regioni	23
2.3.1	Utilizzo della strategia di prevenzione di comunità nel settore delle sostanze d'abuso	23
2.3.2	Scuola & Salute	27
2.3.3	Progetto Ccm 3 Tabagismo: programmazione partecipata interistituzionale di percorsi di promozione di salute	30
3	La risoluzione di Vilnius del 2009: migliorare le scuole attraverso la salute	34
4	Il modello metodologico della Regione Lazio: coordinamento regionale per la promozione di salute.	38
5	Il modello della ASL di Frosinone: l'ORSEA (organigramma e grafico funzionale)	41
6	Sistemi di monitoraggio europei e nazionali	46
6.1	Okkio alla Salute	46
6.1.2	I risultati nel Lazio	48
6.2	HBSC	52
6.2.1	Introduzione	52
6.2.2	Lo studio HBSC (Health behavior in school aged children)	52
6.2.3	Descrizione del campione	53
6.2.4	Sintesi dei risultati: La struttura familiare	54
6.2.5	Le relazioni genitori-figli	56
6.2.6	Conclusioni	60
6.2.7	L'ambiente scolastico	61
6.2.8	Rapporti con gli insegnanti	62
6.2.9	Rapporti con i compagni di classe	63
6.2.10	Il rapporto con la scuola	64
6.2.11	Bullismo	65
6.2.12	Conclusioni	67
6.2.13	Il confronto con le altre nazioni	68
7	L'attività dell'ORSEA a.s. 2009-2010	69
7.1.	Relazione riassuntiva attività ORSEA anno 2009	69

7.1.1	L'attività in sede di Comitato Scientifico e di Ufficio di Coordinamento	69
7.1.2	Riepilogo attività svolte – Coordinamento	70
7.1.3	Riepilogo attività svolte – consulenza scolastica, formazione	71
7.2	Piano di lavoro per l'anno scolastico 2010-2011	72
7.3	Attività di prevenzione del Consultorio Pediatrico "B"	76
7.4	La scuola promotrice di salute: l'esperienza dei Corsi di Educazione all'affettività e sessualità	88
7.5	Centri di informazione e consulenza scuole superiori e Inferiori (C.I.C.);	92
7.6	Scuola, alieni e alienati - incontri ravvicinati di un certo tipo: il ruolo dei Centri di Salute Mentale	96
7.7	Attività di consulenza ed orientamento all'interno dell'IIS Maccari di Frosinone	97
7.8	Gruppo Lavoro Handicap (GLH): interventi del Servizio Salute Mentale e riabilitazione in Età Evolutiva (SMREE)	99
7.9	Sicurezza, salute, prevenzione: l'impegno del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Pre.S.A.L.)	101
8	Il Progetto Unplugged	103
8.1	Premessa	103
8.2	Il programma UNPLUGGED	104
8.3	Cosa sono le "Life skills"	104
8.4	La realizzazione del progetto UNPLUGGED nella ASL di Frosinone	106
8.5	Il punto di vista dell'insegnante sull'esperienza maturata con UNPLUGGED	111
8.6	Il punto di vista del tutor sull'esperienza maturata con UNPLUGGED.	113
8.7	Il punto di vista degli studenti sull'esperienza maturata con UNPLUGGED	116
9	Tabella riepilogativa progetti attivati a.s. 2009-2010	124
10	Tabella riepilogativa interventi CIC	128
11	L'offerta formativa anno scolastico 2010/2011	134

Comitato di redazione ORSEA

Referente Ufficio di Coordinamento ORSEA: Dott. Lucio Maciocia

Referente Gruppo di Lavoro ORSEA Distretto A Alatri: Dott. Enrico Straccamore

Referente Gruppo di Lavoro ORSEA Distretto A Anagni: Dott.sa Giuditta De Rossi

Referente Gruppo di Lavoro ORSEA Distretto B: Dott.sa Simonetta Ferrante

Referente Gruppo di Lavoro ORSEA Distretto C: Dott.sa Rossana Parravano

Referente Gruppo di Lavoro ORSEA Distretto D: Dott. Salvatore Maggiacomo

Segreteria Organizzativa: Dott.sa Maria Lucia Martini

Gli articoli pubblicati nel presente Bollettino che non sono firmati sono a cura del Comitato di Redazione del Bollettino ORSEA.

I professionisti ed i Docenti che intendano presentare contributi per la pubblicazione sul Bollettino ORSEA, possono richiedere informazioni alla Segreteria organizzativa e far riferimento al proprio referente Distrettuale.

I contributi dovranno pervenire in formato WORD – Office 2003 o superiore almeno due mesi prima della data di pubblicazione.

La periodicità del Bollettino, al momento, è annuale, il prossimo numero è previsto, salvo variazioni, per settembre 2011.

Recapiti:

Tel Segreteria Distretti A-B e Redazione Bollettino: Dott.sa Maria Lucia Martini 0775 882566

Tel Referente Uff. Coord. E Comitato di Redazione Bollettino ORSEA: Dott. Lucio Maciocia: 0775 291699

Fax: 0775 291699

Tel Segreteria Distretti C-D: Dott.sa Rossana Parravano 0776 821865, fax 0776 824527

Mail: orsea@asl.fr.it – segreteriaorsea@aslfrosinone.it