

## **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 una 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*

## **1. 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;

<p>Consolidare una cultura alimentare fondata sui principi del vivere sano, del rispetto ambientale, della qualità, della scoperta della propria identità individuale e collettiva</p>	<p>- 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)</p>
<p>Favorire il consumo di cibi salubri nella ristorazione collettiva (scuole, ospedali, mense aziendali)</p>	<p>- 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</p>
<p>Educare al consumo consapevole</p>	<p>- 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.</p>

## 2.2. 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.

## **2.3. 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.

## **2.4. 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;

## 2.5. 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 e 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” 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.

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

### **2.6.1. 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 abilità 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](http://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.

## 2.6.2. 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](http://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](http://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

### **2.6.3. PROGETTO CCM3 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 competenze 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 disciplinaria – 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).<sup>7</sup>

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.