

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATA la D.G.R. n. 3520 del 30 settembre 2002 recante "Costituzione di un gruppo tecnico interistituzionale per la definizione di linee guida ed il coordinamento delle attività di educazione alla salute in ambito scolastico";

PRESO ATTO che nel corso dell'a.s. 2002/2003 il gruppo di cui trattasi ha assolto il compito affidatogli, così come previsto dal punto 1) della deliberazione sopracitata, elaborando un documento denominato: "Linee Guida per l'educazione alla salute in ambito scolastico" – Allegati 1-2-3 alla presente deliberazione – e definendo le azioni che il Gruppo stesso dovrà realizzare;

RITENUTO di approvare, così come ravvisato dalla Sovrintendente agli Studi, le "Linee guida per l'Educazione alla Salute" al fine di utilizzarle quale strumento operativo da condividere con tutti i soggetti pubblici e privati che si occupano di prevenzione del disagio e promozione del benessere;

RITENUTO necessario affidare in particolare al Gruppo di cui trattasi i seguenti compiti:

- Rendere note le linee guida illustrandone i contenuti a tutti i soggetti interessati per coinvolgere i vari attori in un dialogo anche critico al fine di una condivisione reale e manifesta,
- Favorire le modalità operative tra enti e scuola,
- Coordinare le iniziative, nel rispetto dell'autonomia scolastica, per migliorare e semplificare l'esistente e facilitare il sorgere di nuovi processi integrati per la prevenzione,
- Pubblicizzare le azioni di tutte le istituzioni e agenzie che si occupano di prevenzione del disagio e promozione del benessere e curarne la diffusione esprimendo nel contempo parere rispetto alla coerenza con le Linee Guida e con gli eventuali obiettivi prioritari prefissati e la compatibilità rispetto alle risorse umane, materiali e finanziarie richieste,
- Monitorare i progetti svolti nelle Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e la loro ricaduta sugli studenti al fine di valutare i bisogni prioritari,
- Effettuare consulenze per progetti da attivare o proporre;

RITENUTO di aggiornare la composizione del Gruppo, tenuto conto che, a decorrere dal 1° settembre 2003, la prof.ssa Angela Ginestri, docente utilizzata presso l'Ufficio Ispettivo Tecnico del Coordinamento Sovrintendenza agli Studi per la realizzazione del progetto "Educazione alla salute", ha sostituito, il prof. Pasquale Torino, cessato dal servizio per dimissioni volontarie;

RICHIAMATA la deliberazione della Giunta regionale n. 3049 in data 13 agosto 2003 concernente l'approvazione del bilancio di gestione ai fini della riassegnazione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi finanziari correlati per il triennio 2003/2005 nonché di disposizioni applicative;

VISTO il parere favorevole rilasciato dal Coordinatore del Dipartimento Sovrintendenza agli Studi e dal Coordinatore del Dipartimento dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, ai sensi del combinato disposto degli artt. 13, comma 1, lett. e) e 59 – comma 2 – della l.r. n. 45/ 1995, sulla legittimità della presente deliberazione;

SU proposta dell'Assessore Istruzione e Cultura, Teresa Charles di concerto con l'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, Antonio Fosson;

AD unanimità di voti favorevoli espressi mediante votazione segreta,

DELIBERA

1. di approvare il documento: "Linee Guida per l'Educazione alla salute in ambito scolastico" elaborato dal Gruppo Tecnico Interistituzionale, istituito presso la Sovrintendenza agli Studi con D.G.R. n. 3520 del 30.09.2002, - Allegati 1-2-3 alla presente deliberazione – al fine di utilizzarlo quale strumento operativo da condividere con tutti i soggetti pubblici e privati che si occupano di prevenzione del disagio e promozione del benessere;
2. di aggiornare la composizione del Gruppo Tecnico Interistituzionale sopracitato, dando atto che lo stesso è composto come segue:

rappresentanti dell'Assessorato Istruzione e Cultura:

- Caterina Sergi, Dirigente scolastico incaricato dell'Istituzione scolastica di istruzione tecnica commerciale e per geometri di Aosta
- Silvana Viérin, Dirigente scolastico incaricato dell'Istituzione scolastica Mont-Rose A di Pont-St-Martin
- Angela Ginestri, docente utilizzata presso l'Ufficio Ispettivo Tecnico, referente per l'Educazione alla Salute

rappresentanti dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali:

- Capo Servizio Sanità Territoriale
- Capo Servizio Dipendenze Patologiche, Salute Mentale e Promozione della Salute
- Capo Servizio Famiglia e Politiche Giovanili

rappresentanti dell'Unità Sanitaria Locale Valle d'Aosta:

- Direttore Sanitario Azienda U.S.L.
- Direttore Area Territoriale
- Direttore U.B. Igiene degli Alimenti e Nutrizione;

3. di affidare al Gruppo sopracitato i compiti specificati in premessa dando atto che lo stesso opererà nel rispetto di quanto stabilito ai punti 2), 3) e 4) della D.G.R. n. 3520 del 30.09.2002.

Regione Autonoma Valle d'Aosta

Assessorato dell'Istruzione e Cultura
Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali
Azienda USL Valle d'Aosta

≈ ≈ ≈

LINEE GUIDA

*per l'Educazione alla salute
in ambito scolastico*

≈ ≈ ≈

**"GRUPPO TECNICO INTERISTITUZIONALE
PER LA DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA ED IL COORDINAMENTO DELLE
ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE IN AMBITO SCOLASTICO"
istituito presso la Sovrintendenza agli Studi
con Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta n. 3520 del 30.09.2002**

29/08/03

Sommario

Premessa	2
Principi, Finalità, Obiettivi	3
<i>Le Carte della Salute</i>	<i>3</i>
<i>Il Piano Sociosanitario Regionale</i>	<i>1</i>
<i>I Riferimenti normativi</i>	<i>4</i>
Linee operative	10
<i>Le Azioni</i>	<i>10</i>
<i>Gli Attori</i>	<i>11</i>
<i>I Tempi</i>	<i>12</i>
<i>L'Organizzazione</i>	<i>12</i>
I Compiti del Gruppo Interistituzionale Salute	13

Premessa

Dopo oltre un decennio di interventi di *Educazione alla salute* in tutti gli ordini e gradi di Scuola (con importanti finanziamenti dedicati significativamente a partire dal 1990, con il "Progetto Arianna" organizzato a livello regionale, e, dal 1995, con attività progettate dalle singole Istituzioni scolastiche)¹, era sorta l'esigenza di *coordinare* i soggetti pubblici maggiormente implicati e di *monitorare* gli interventi, ai fini di ottimizzare e far meglio conoscere le risorse umane e materiali, rendere compatibili i tempi di intervento con quelli della vita scolastica, evitare la proliferazione di proposte eguali o molto affini.

Parimenti era sorta l'esigenza della *definizione di linee guida e criteri di riferimento* e della loro *condivisione* da parte di tutte le Istituzioni ed Agenzie che si occupano di *prevenzione del disagio e promozione del benessere*.

Per le finalità suddette, con DGR n. 3520 del 30.09.2002, è stato costituito, presso la Sovrintendenza agli Studi, il "**Gruppo tecnico interistituzionale per la definizione di linee guida ed il coordinamento delle attività di educazione alla salute in ambito scolastico**", detto per brevità, da qui in avanti, **GIS** (**G**ruppo **I**nteristituzionale **S**alute), composto da **nove membri** (tre dell'Assessorato dell'Istruzione e Cultura, tre dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali e tre dell'Azienda USL Valle d'Aosta).

Il presente documento sintetizza il lavoro fin qui svolto dal GIS, teso alla definizione delle Linee Guida.

L'auspicio è che le *indicazioni di principio* presenti costituiscano un effettivo *riferimento* e che le *indicazioni operative*, tendenti a migliorare la qualità degli interventi, siano *fatte proprie* da tutti i soggetti interessati all'Educazione alla salute, in un clima di rispetto reciproco e di attenzione alle esigenze di ognuno.

Il documento rappresenta in tal senso uno *strumento* affinché Regione, Enti locali, Istituzioni, Agenzie, Servizi pubblici e privati e Scuola (nell'interazione costruttiva con le istanze statali) *collaborino* al meglio nell'arduo compito dell'*educazione dei bambini, dei ragazzi e degli adolescenti* ad abitudini, stili di vita e comportamenti sani e responsabili per sé e gli altri.

¹ Si veda nell'Appendice: "L'Educazione alla salute nella Scuola valdostana".

Principi, Finalità, Obiettivi

Si riportano e sintetizzano (con qualche commento) qui di seguito *norme, direttive, piani, progetti* costituenti nel loro complesso un corpus cui riferirsi per le scelte dei vari soggetti che si occupano di Educazione alla salute, sia riguardo alle metodologie organizzative e di azione sia riguardo ai contenuti degli interventi.

Le Carte della Salute

Alla base delle azioni volte all'Educazione alla salute si pongono le dichiarazioni fondamentali dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e delle Conferenze mondiali sulla promozione della salute e in particolare:

- **La Carta di Ottawa** (1^a Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986; Allegato 1);
- **La risoluzione del Consiglio esecutivo dell'O.M.S.** sulla promozione della salute del 24 gennaio 1998 (Allegato 3), basata sulla **Dichiarazione di Jakarta** (21-25 giugno 1997; Allegato 2);
- **I 21 obiettivi regionali della Salute per tutti**, indicati dal Comitato dell'OMS per l'Europa (Copenaghen settembre 1998; Allegato 4)

Nei vari documenti ci si riferisce ad un concetto di salute che pone al centro dei processi vitali la persona nella sua interezza, come tale e nelle relazioni con gli altri membri appartenenti alla comunità e con l'ambiente circostante. La salute, quindi, va intesa non "soltanto" dal punto di vista dell'integrità fisica e dell'assenza di malattia (basilari e prioritarie), ma anche da quello afferente la sfera psichica ed emotiva, in un contesto che favorisca lo sviluppo dell'espressione piena delle potenzialità della personalità umana, in tutte le fasi della vita.

Se la situazione è tale per cui i cosiddetti "decisori" (secondo la definizione dell'OMS) non hanno ancora voluto o potuto adottare quelle misure su larga scala, tali da provocare a livello generale tangibili inversioni di tendenza, la Carta di Ottawa e le successive risoluzioni costituiscono comunque il faro anche per interventi limitati, parziali o settoriali. Non è per pura adesione ideale e morale che se ne sottolinea il valore, ma perché si riconosce che tali indicazioni riflettono, da una lato, reali esigenze emerse anche nella piccola realtà locale della Valle d'Aosta e, dall'altro, esprimono il riferimento più alto per giudicare della validità degli interventi di promozione della salute e di prevenzione.

Il Piano Sociosanitario Regionale

Hanno rappresentato motivo conduttore per l'ideazione e l'architettura del PSSR (Piano Sociosanitario Regionale) 2002-2004, oltre ai riferimenti normativi nazionali e regionali, i seguenti elementi ritenuti imprescindibili di una corretta politica di programmazione sociosanitaria:

1. Garantire una distribuzione equilibrata dei servizi sul territorio per facilitare la massima accessibilità agli stessi e la più ampia libertà di scelta delle persone;
2. Individuare la prevenzione come momento fondamentale di approccio ai problemi e come criterio di impostazione degli interventi;
3. Sviluppare il sistema di conoscenza e di valutazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari e sociali sul territorio regionale;
4. Promuovere l'efficienza e la qualità degli interventi ed attuare una verifica di efficacia anche riguardo alla soddisfazione delle persone e all'attività di autovalutazione degli operatori;
5. Valorizzare il coordinamento tra le istituzioni e tra gli operatori ai fini dell'integrazione degli interventi dedicati a persone, famiglie e gruppi sociali;
6. Assicurare l'ulteriore crescita del servizio sanitario regionale anche attraverso il completamento ed il monitoraggio del processo di aziendalizzazione dell'Azienda USL;
7. Sviluppare la diffusione e la qualità dei servizi sociali, promuovendo l'autonomia e la responsabilità di gestione degli enti locali e il ruolo di indirizzo e coordinamento della Regione;
8. Riqualificare e razionalizzare lo stato sociale regionale, con particolare attenzione alla rete dei servizi sociosanitari e dei servizi alla persona, nell'ottica di una tutela dei soggetti meno protetti, come previsto dal "Patto per lo sviluppo della Valle d'Aosta".

Gli obiettivi generali

Nel PSSR si sottolinea come "la concretizzazione dell'azione programmatoria in Valle d'Aosta, caratterizzata dall'approvazione e dall'attuazione del Piano, si colloca in un contesto di evoluzione dello scenario normativo, finanziario e contrattuale della sanità in Italia".

A tal proposito si auspica che l'Amministrazione regionale utilizzi al meglio tutte le possibilità offerte in ambito nazionale (e anche europeo), ma altresì che, per quanto le compete in ragione ed entro i limiti della sua autonomia, sappia apportare gli opportuni correttivi a favore del miglioramento delle politiche sanitarie e sociali.

Nel PSSR vengono definiti i seguenti obiettivi generali:

- Obiettivo 1 : Prevenzione e promozione della sicurezza
- Obiettivo 2 : Promuovere il miglioramento del contesto ambientale
- Obiettivo 3 : Promuovere sani stili di vita
- Obiettivo 4 : Contrastare le patologie causa di mortalità e di morbosità evitabile
- Obiettivo 5 : Migliorare la qualità della vita dei soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti
- Obiettivo 6 : Adeguare i servizi all'evoluzione del contesto sociale ed allo sviluppo tecnologico
- Obiettivo 7 : Supporto alle fasi della vita

Si sottolinea, nel PSSR, che tali Obiettivi "dovranno trovare concreta applicazione nella definizione dei livelli di assistenza, ma soprattutto nelle azioni ad essi collegate, tenendo conto che l'ottica del Piano regionale è quella dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali".

Il perseguimento degli obiettivi su esposti coinvolge i soggetti istituzionali, le comunità ed i singoli individui ed è pensabile ed auspicabile prevedere interventi in ambiente scolastico per ognuno di essi.

Si vuole qui evidenziare in particolare l'obiettivo 3 (**Promuovere sani stili di vita**), in quanto caratteristico proprio degli interventi di tipo educativo in età evolutiva, per il quale viene detto:

"Numerose condizioni di malattia, disabilità e mortalità prematura derivano da comportamenti e stili di vita sbagliati. Gli stili di vita sono importanti in quanto il mantenimento della salute è strettamente legato anche ai comportamenti dei singoli, sia in quanto individui sia in quanto parte di comunità. Significativi progressi in termini di riduzione della mortalità prematura e di disabilità in generale possono essere conseguiti attraverso l'adozione di stili di vita e comportamenti positivi condivisi ed appresi attraverso campagne di sensibilizzazione e di informazione unitamente a progetti specifici."

La promozione di sani stili di vita viene quindi declinata nelle seguenti azioni specifiche:

Promuovere una sana alimentazione:

"A questo proposito per la popolazione generale, devono essere previste azioni che contribuiscano a migliorare l'assunzione di calorie, grassi, carboidrati, sale, adeguandosi agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici, e a ridurre la percentuale di soggetti in sovrappeso definiti in base all'Indice di Massa Corporea (IMC).

Per i gruppi di popolazione a rischio si devono prevedere interventi volti a modificare abitudini alimentari al fine di ridurre condizioni di rischio specifiche, disporre di appropriate diete ed indicazioni dietologiche durante il periodo di ricovero, disporre di adeguato supporto nutrizionale, orale ed artificiale, nell'ambito dell'assistenza domiciliare."

Promuovere l'attività fisico-motoria

"Coerentemente con quanto affermato gli obiettivi prioritari sono:

- favorire l'educazione motoria a partire dalla prima infanzia;
- garantire un orientamento allo sport che tenga conto delle caratteristiche e dei bisogni individuali;
- ampliare l'offerta di sport per tutti;
- estendere la tutela sanitaria al controllo di qualità dell'offerta di attività motorie;
- incrementare la percentuale di popolazione che, in tutte le fasce di età, svolge
- regolarmente attività fisica nel tempo libero in particolare tra gli anziani."

Contrastare l'abitudine al fumo

"Le azioni in materia dovranno tendere al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- la riduzione della percentuale dei fumatori;
- la riduzione della prevalenza dei fumatori tra gli adolescenti (qualsiasi programma che voglia conseguire il recupero definitivo del fumatore deve contemplare un più rilevante impegno a dissuadere i possibili futuri fumatori);
- la riduzione, tendendo a zero, della percentuale di donne in stato di gravidanza che fumano.

Tali azioni si concretizzeranno in opportune campagne di informazione e di sensibilizzazione nelle scuole, nelle sedi consultoriali dei distretti e attraverso i contatti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta."

Contrastare l'abuso di alcol

"In questa cornice sono inclusi gli obiettivi del Piano:

- rafforzare le azioni finalizzate alla prevenzione dei danni provocati dall'abuso di alcol;
- creare e sostenere ambienti che favoriscano la promozione della salute e rafforzino la motivazione e le capacità individuali ad evitare i danni provocati dall'abuso di alcol;

- rafforzare il sostegno pubblico per comportamenti più sicuri nel bere, attraverso programmi educativi;
- rafforzare il contributo dei sistemi sanitari, in particolare dell'assistenza sanitaria di base, alla prevenzione e al trattamento dei danni provocati dall'abuso di alcol;
- rafforzare il contributo dei servizi di assistenza sociale alla prevenzione dei danni provocati dall'abuso di alcol.

Tali obiettivi sono pertanto traducibili in azioni che proseguano e implementino quanto già in atto attraverso le campagne di prevenzione regionale, come la "Sbronza di Noè", l'opera dei servizi e degli operatori sul territorio, in particolare quelli del servizio di alcologia dell'Azienda USL della Valle d'Aosta."

Contrastare l'uso di sostanze stupefacenti

"Gli obiettivi prioritari sono:

- aumento della percentuale di consumatori in contatto con i servizi, con particolare riferimento a coloro che fanno uso di "nuove droghe";
- riduzione della mortalità e della morbosità;
- aumento della quota dei soggetti in contatto con i servizi che iniziano e completano i trattamenti terapeutici previsti e recuperano un livello accettabile di integrazione sociale;
- ampliamento della gamma delle alternative terapeutiche;
- miglioramento della qualità di vita delle persone dipendenti.

Le azioni corrispondenti si traducono nel proseguimento e nel potenziamento, anche attraverso approcci interdisciplinari, dell'attività già svolta dal Servizio di alcologia e Tossicodipendenza (SerT) dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e in azioni di prevenzione primaria da svolgersi presso le scuole e i centri di incontro per giovani, volte ad informare sui rischi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti, specie quelle di nuova generazione."

I Riferimenti normativi

Pur avendo da sempre effettuato in ambito scolastico interventi di educazione *sanitaria* è però con il DPR n. 309 del 9/10/1990 ("Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope", tuttora in vigore, detto in seguito DPR 309/90), che, partendo dalla lotta alla droga, si introdussero norme e si stanziarono finanziamenti importanti per l'*Educazione alla salute* intesa, da subito, nel senso più generale di *prevenzione del disagio* e di *promozione del benessere*.

Si riportano di seguito, oltre agli aspetti essenziali del DPR 309/90 (quelli riguardanti la scuola), anche alcuni riferimenti successivi che, non esaurendo l'intero panorama normativo, definiscono *finalità e obiettivi* che sono alla base anche dell'azione odierna e futura.

Il DPR 309/90 (si veda l'Allegato 5), ribadisce, per l'ambito scolastico, che tra le finalità dell'insegnamento vi sono anche quelle riferite agli aspetti generali della crescita e dello sviluppo della personalità (di cui la salute è parte integrante), evidenziando che le azioni per il loro perseguimento "*si inquadrano nello svolgimento ordinario dell'attività educativa e didattica attraverso l'approfondimento di specifiche tematiche nell'ambito delle discipline curricolari*".

Oggi si può dire, dopo il processo che ha introdotto nella scuola importanti cambiamenti e nuovi sviluppi, tra cui l'autonomia scolastica, che i progetti e le attività riferiti all'Educazione alla salute non sono da considerarsi *extrascuolastici o extracurricolari*, ma che devono avere pari dignità e importanza rispetto a tutti gli altri, far parte del progetto generale dell'Istituzione scolastica ed essere sostenuti dai Dirigenti scolastici e condivisi dagli Organi collegiali e dal personale docente e non docente della scuola.

Educazione alla salute e Obiettivi scolastici

Dopo il 1990 furono emanate direttive e circolari ministeriali che nel loro complesso, e con un grado di approfondimento crescente, costituiscono, insieme con il DPR 309/90, un *quadro complessivo di riferimento culturale, didattico ed operativo, in materia di prevenzione e di educazione alla salute*, partendo dal concetto generale, acquisito nel tempo e con l'esperienza e valido per qualunque ordine e grado di scuola, che **"le attività di educazione alla salute, come attività scolastiche, sono innanzi tutto da riferire agli obiettivi primari della scuola, più che a obiettivi sanitari e sociali, che riguardano solo indirettamente la scuola. Sono, quindi, attività che devono cercare prioritariamente di far funzionare meglio la scuola, più che porsi obiettivi di integrazione sociale o di sostegno psicologico nei limiti sopraddetti". Infatti "non è possibile prevenire il disagio, se si dimentica di promuovere il benessere scolastico". Inoltre "la soddisfazione dei bisogni della persona in formazione richiede che vengano raccordati gli interventi di prevenzione dell'insuccesso scolastico e del disagio con quelli della promozione della salute e del benessere"**.

Rinviando, per ulteriori approfondimenti, ai documenti allegati, si sintetizzano qui quegli aspetti giudicati essenziali, validi nel tempo e indipendenti dalle possibili variazioni dei riferimenti amministrativi e finanziari.

Nel 1994², le scuole vengono ancora invitate ad occuparsi di Educazione alla salute sulla base di una puntuale progettualità d'istituto e si sottolinea "l'importanza dell'integrazione delle iniziative di

² Circolare Ministeriale (Pubblica Istruzione) 9 aprile 1994 (Allegato 6) .

prevenzione e della dimensione trasversale dell'azione educativa". Si sollecita la composizione tra istanze di tipo disciplinare e istanze di tipo trasversale attraverso l'approfondimento di tematiche specifiche nell'ambito delle discipline curricolari, non disgiunte da attività culturali, ricreative e sportive, invitando i singoli docenti e gli organi collegiali a elaborare i diversi segmenti di un complessivo progetto educativo d'istituto inteso come sintesi pedagogica delle scelte culturali, organizzative, operative che caratterizzano l'offerta formativa della scuola, e a tradurre tali scelte nella programmazione curricolare delle singole discipline e delle singole attività

Si sollecita l'integrazione dei servizi alla persona attraverso protocolli d'intesa tra enti e istituzioni aventi responsabilità in materia di prevenzione del disagio giovanile.

Si definiscono criteri guida generali, allora per il finanziamento di un progetto, oggi comunque validi per stabilirne la bontà e l'efficacia:

- Collegialità: gestione dei progetti condivisa da tutte le componenti scolastiche, rappresentate negli organi collegiali della scuola
- Protagonismo: partecipazione attiva dei bambini/ragazzi/adolescenti
- Globalità: attenzione all'insieme dei bisogni psicofisici e relazionali dei bambini/ragazzi/adolescenti
- Organicità e incisività: iniziative sistematiche, non episodiche, che abbiano un carattere di incisività nel contesto scolastico
- Ordinarietà: iniziative inserite nella quotidianità della vita scolastica
- Trasversalità: interdisciplinarietà, interconnessione tra ambiti disciplinari e formativi e tra i diversi campi di esperienza
- Interistituzionalità: collegamento con enti e agenzie diverse
- Verificabilità e processualità: predeterminazione dei modi e tempi di verifica e di valutazione.

Si sottolinea inoltre l'opportunità di assicurare il carattere di continuità dei progetti.

Nella stessa circolare vi sono indicazioni per la *Scuola di base*, la *Scuola superiore* e il *coinvolgimento dei Genitori*:

Indicazioni per la Scuola di base

Il progetto di educazione alla salute nella scuola materna deve essere connotato da una "visione complessivamente unitaria del bambino, dell'ambiente che lo circonda e delle relazioni che lo qualificano".

“Le modalità specifiche di intervento [...] sono quelle tipiche dell'età infantile: operatività, attività esplorative, vita di relazione, ecc. Tutti gli insegnanti, qualunque ruolo e funzione svolgano, lavoreranno tra loro in gruppo ed in stretta collaborazione con i genitori, avvalendosi degli strumenti della programmazione educativa e didattica con gli apporti e le collaborazioni comunque reperibili (esperti, docenti universitari, servizi sociosanitari, agenzie educative).

Al riguardo saranno utili iniziative di formazione che coinvolgono l'intera comunità educante, mobilitata a promuovere lo "star bene" del bambino. Tali iniziative, che si connoteranno come ricerca partecipativa, dovranno contenere adeguati spazi per l'aggiornamento, l'informazione, gli scambi di notizie, l'integrazione di competenze allo scopo di formulare prima e realizzare poi un progetto unitario che sia espressione della partecipazione di tutti".

Per la scuola elementare e la media, oltre alle indicazioni precedenti, tarate rispetto all'età degli alunni ed alla specificità dei cicli, “il tema della continuità verticale (tra curricoli e gradi scolastici) e orizzontale (tra classi, tra istituzioni sul territorio) permette di frequentare, ricercare didatticamente, condividere culturalmente quegli obiettivi educativi trasversali che costituiscono una caratteristica importante dell'educazione alla salute e della prevenzione”.

Indicazioni per la Scuola superiore

Rispetto alla complessità e alle finalità di una scuola che precede l'ingresso nel mondo lavorativo o in quello degli studi di livello universitario e che, specialmente nei primi anni, deve badare anche a sviluppare capacità e competenze riguardanti sia i comportamenti individuali e le relazioni sociali sia gli aspetti trasversali alle varie discipline si sollecita a:

- favorire il raccordo tra attività [dette una volta] curricolari ed extracurricolari che si intendono sviluppare e considerare le stesse come articolazioni di una unitaria strategia preventiva;
- valorizzare il ruolo attivo e propositivo degli studenti;
- curare incontri sul territorio che rendano visibile la scuola e la sua azione socioculturale, forma primaria di prevenzione.

Un'importante opportunità è costituita dagli **organismi scolastici CIC (Centri di informazione e consulenza)**, luoghi di aggregazione istituzionale di diversi soggetti che si propongono di realizzare le varie attività di promozione della qualità della vita scolastica in una scuola aperta alla comunità.

I CIC, "nel concreto, tendono ad offrire ai giovani uno spazio di ascolto/comunicazione, un momento di progettualità condivisa, una risorsa di sostegno/supporto/informazione allo scopo di migliorare la qualità della vita scolastica impegnando il protagonismo dei giovani, facendo crescere la fiducia e la solidarietà nella scuola, facilitando il dialogo e la costruzione di rapporti positivi tra docenti, operatori extrascolastici, genitori e studenti".

Indicazioni per il coinvolgimento dei Genitori

L'indicazione è quella di raccogliere "le esigenze e le istanze maggiormente sentite sia dai genitori sia dai docenti di integrare operativamente l'azione educativa della scuola con l'effettivo apporto delle famiglie".

L'invito è quello di offrire opportunità formative "ai genitori per approfondire le tematiche e le problematiche relative allo sviluppo cognitivo, socioaffettivo e relazionale dei bambini/ragazzi/adolescenti e il rapporto genitori-figli-docenti".

Si pone in luce che "è la richiesta d'informazione e di scambio di esperienze relative a problemi educativi e psicologici, che caratterizza il bisogno dei genitori" e che "tale ruolo, non appreso e non insegnato che dalle esperienze personali di vita, richiede oggi un apporto e un sostegno informativo-formativo, per essere agito in modo più cosciente e consono alle richieste del sociale".

Si invitano pertanto le scuole a procedere all'attivazione di momenti di incontro con i genitori, "anche a livello consorziale e/o distrettuale, avendo cura di privilegiare l'aspetto formativo e comunicativo dell'esperienza (lavori di gruppo), al fine di recuperare nella scuola e per la scuola anche preziose esperienze personali e competenze professionali".

I Docenti referenti

Già dal 1991 erano state fornite indicazioni per la formazione di **docenti referenti** per l'Educazione alla salute, in ogni istituzione scolastica. Attraverso tale scelta il Ministero aveva inteso "costituire una rete territoriale di promozione del benessere e di prevenzione del disagio".

L'esperienza dei primi anni aveva evidenziato, oltre all'impegno ed all'abnegazione dei docenti che avevano assunto questo compito, anche difficoltà ancora oggi in qualche caso riconoscibili: modalità operative non consone, progetti o azioni non pienamente condivisi, scarsa collaborazione degli altri docenti con relativa difficoltà d'avvio delle iniziative.

Probabilmente la possibilità di superare queste difficoltà risiederà nel valorizzare, oltre che la *funzione docente* in generale, anche quelle *funzioni di sistema*, necessarie sempre più in una scuola inserita in una

realtà in continua e rapida evoluzione, e per le quali le *figure obiettivo* costituiscono un primo modello da sostenere e migliorare.

Salute e Insegnamento: binomio possibile!

Nel 1998³ vengono fornite precise indicazioni per garantire lo sviluppo delle potenzialità di ogni alunno, la realizzazione del diritto alla piena scolarità e qualità dell'istruzione e della formazione ed il recupero delle situazioni che possono determinare comportamenti a rischio, abbandono precoce e dispersione.

Nel 1999⁴ si precisa tra l'altro che gli interventi di educazione alla salute dovrebbero essere ricondotti entro un quadro unitario progettuale tanto lontano dalle "campagne" quanto vicino ai compiti evolutivi specifici dei giovani che nell'esperienza scolastica impegnano la dimensione cognitiva non disgiunta da quella affettivo-relazionale.

Nella stessa Direttiva Ministeriale vi è uno specifico progetto nazionale riguardante le abilità o competenze per affrontare la vita (Life Skills) e l'educazione tra pari (Peer Education).

Il progetto prevede una ricerca-azione ancora in corso, ma qui si vuole segnalare lo sforzo, anche economico, effettuato per introdurre modalità e contenuti riguardanti la salute ***con collegamenti ancora più stretti alla normale vita scolastica.***

Inoltre alcune modalità e alcuni obiettivi previsti per l'Educazione alla salute afferiscono alla ***didattica ed ai processi di insegnamento-apprendimento*** e possono quindi indicare quella zona di incontro e di interesse comune tra *insegnamento disciplinare, educazione, formazione e benessere*, sovente considerati separati se non addirittura antitetici.

Life Skills

Si legge nella circolare:

"L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l'importanza di introdurre nella scuola una attenzione mirata alla promozione delle competenze psicosociali, cioè delle abilità che mettono la persona in grado di fronteggiare in modo efficace le richieste e le sfide della vita quotidiana, mantenendo un livello di benessere psicologico elevato e sviluppando attitudini positive e adattive nell'interazione con gli altri, nel rapporto con il proprio ambiente sociale e con la propria cultura.

Pur costituendo un repertorio aperto e variabile, tali competenze possono così essere esemplificate:

- decision making (capacità di prendere decisioni)
- problem solving (capacità di risolvere i problemi)
- pensiero creativo
- pensiero critico
- comunicazione efficace
- capacità di relazioni interpersonali
- autoconsapevolezza
- empatia
- gestione delle emozioni
- gestione dello stress

³ Direttiva Ministeriale (Pubblica Istruzione) del 26 novembre 1998, n. 463 (Allegato 7) .

⁴ Direttiva Ministeriale (Pubblica Istruzione) del 3 dicembre 1999, n. 292 (Allegati 8 e 9) .

Tali Life Skills si configurano come abilità che i giovani possono acquisire e consolidare con l'apprendimento e l'esercizio e che possono essere inserite in una serie di programmi concreti ed efficaci, sia volti alla promozione di specifiche attitudini, sia destinati a sostenere più in generale processi educativi di base.”

Sulle Life Skills si veda anche l'Allegato 11.

Peer Education

Nella circolare si indica anche la possibilità di adottare, per lo sviluppo delle competenze psicosociali di base, forme di *peer education*.

Linee guida europee per l'Educazione tra Pari, fra giovani coetanei, sono state redatte con il contributo di vari esperti nei campi sanitario, dell'istruzione e della prevenzione (Allegato 12).

Teoricamente il metodo trae ispirazione dalla teoria dell'apprendimento sociale. I giovani vengono preparati a fornire aiuto e consulenza ad altri giovani simili a loro. In alcuni casi questi 'consulenti' hanno direttamente sperimentato e vissuto i medesimi problemi.

I giovani che vengono formati ad agire quali *peer educator* divengono esperti in quegli argomenti nei confronti dei loro pari e quindi agiscono quali facilitatori di cambiamento di atteggiamenti.

Assumendo iniziative quali organizzazione di interventi e dibattiti di vario tipo, essi tentano di indurre un cambiamento nelle conoscenze, atteggiamenti, norme, credenze e comportamenti dei loro coetanei.

La Peer education può essere utilizzata in molti contesti. Nelle scuole essa può essere utilizzata come intervento individuale o come complemento di altri programmi. **Attività come l'accoglienza (a scuola, in classe, in un nuovo ciclo, ecc.), l'orientamento scolastico e lavorativo, il cosiddetto recupero disciplinare o comunque attività richiedenti testimonianze e momenti informativi possono trovare nel peer tutoring una modalità più incisiva ed efficace.**

Educazione alla salute e Contenuti disciplinari

Come suggerito dal DPR 309/90 e dalle direttive e leggi successive, esperienze nelle scuole di ogni ordine e grado sono state effettuate inserendo nell'insegnamento argomenti inerenti la salute fisica, il benessere, la prevenzione, il rapporto con l'ambiente. Ciò può essere stato realizzato svolgendo contenuti in specifiche materie (scientifiche o storico-letterarie) in modo tale da raggiungere gli stessi obiettivi disciplinari con alcuni contenuti riguardanti l'Educazione alla salute. Oppure può essere stato fatto progettando uno specifico percorso (a volte pluridisciplinare) focalizzando l'attenzione su temi specifici (ad esempio l'alimentazione) dando valenza scolastica alle attività, inserite a pieno titolo nel curriculum e nel programma generale della scuola. In entrambi i casi la scuola, a volte, si è valsa del contributo di esperti esterni, provenienti dal settore pubblico o anche da quello del privato-sociale.

Esperienze del genere possono costituire modello, da applicarsi secondo le specificità delle singole Istituzioni scolastiche, che rispecchia le indicazioni di considerare l'Educazione alla salute a scuola *non* in un ambito *extra* ma fusa nel contesto ambientale, nel clima, negli obiettivi generali e specifici, nei curricula, nei piani e nei progetti della scuola.

Educazione alla salute e Metodologie didattiche

Un ulteriore passo in ambito didattico si compie considerando, oltre ai contenuti, anche le metodologie relative al processo di insegnamento-apprendimento.

Se parlando di "Life skills" e "Peer education" in prima istanza si può pensare di effettuare interventi specifici che educano alle abilità ad affrontare la vita e di utilizzare l'educazione tra pari per la prevenzione, l'evoluzione possibile è quella di considerare tali abilità come *obiettivi da raggiungere nello stesso insegnamento disciplinare* e di considerare il peer tutoring come *uno dei metodi* da utilizzarsi in situazioni nelle quali il risultato, *l'apprendimento disciplinare*, si prospetta migliore o più facilmente raggiungibile.

Gli obiettivi dunque convergono:

la lezione partecipata, il metodo del problem solving, l'apprendimento cooperativo, la didattica metacognitiva, la considerazione dell'influenza reciproca tra emozioni e processi cognitivi, ecc. permettono di meglio sviluppare, oltre che le competenze disciplinari, anche il senso critico, la capacità di scelta, l'autostima, l'autoconsapevolezza, la gestione delle emozioni, il senso dei propri limiti per affrontare in modo più equilibrato la vita e incrementano e rafforzano le autodifese contro i comportamenti a rischio.

Le Azioni

I contenuti e le modalità degli interventi nella scuola dovranno ispirarsi ai principi, alle finalità ed agli obiettivi precedentemente enunciati ed essere coerenti con atteggiamenti e metodologie che pongono la persona al centro del processo. L'ascolto, il dialogo, il confronto, la valorizzazione delle esperienze di vita, la sollecitazione della curiosità critica, il tener conto degli aspetti emozionali oltre che di quelli razionali contribuiscono a far meglio acquisire le necessarie informazioni e a meglio sviluppare negli alunni le autodifese rispetto ai comportamenti scorretti o a rischio.

La scuola⁵ può avvalersi di tre diverse forme di collaborazione (spesso compresenti) dei servizi pubblici o dei soggetti privati che si occupano di Educazione alla salute: attività *informativa, formativa e consultiva*. Queste tre tipologie di intervento possono essere rivolte agli alunni, alle famiglie, ai docenti e al restante personale della scuola.

Pur continuando ad avere validità le *campagne a tema* (lotta alla droga, all'abuso di bevande alcoliche, all'AIDS, al fumo; promozione di una guida corretta e sicura; ecc.), si auspica il consolidarsi della *tendenza* ad agire per sviluppare nei bambini, nei ragazzi e nei giovani quelle *capacità trasversali* (life skills) in grado di opporre più solide difese nei confronti dei comportamenti a rischio e di promuovere sani stili di vita.

Accanto alla **corretta informazione** su argomenti specifici (che, specialmente in quest'epoca di bombardamento mediatico indiscriminato, va *migliorata e sviluppata*), si suggerisce di:

- favorire interventi miranti a sviluppare le capacità trasversali;
- affrontare le varie tematiche relative a *specifiche* prevenzioni adottando modalità che sviluppino anche gli aspetti più generali e trasversali.

Non meno importante è l'attività consultiva, attraverso la quale la scuola può utilizzare competenze specialistiche per migliorare *la normalità* o per affrontare *l'emergenza*.

In tutti i casi dovrebbero essere previsti momenti di verifica sui risultati attesi o auspicati.

Scuola ed esperti esterni

Uno dei nodi, nella collaborazione tra scuola ed esperti esterni, è costituito dalla complessa relazione tra l'esigenza degli esperti di esercitare la propria funzione ad un livello accettabile in termini di tempi, modi e contenuti, rispondendo alla domanda che proviene dalla scuola, e l'esigenza di questa di impiegare le proprie risorse finanziarie, umane, temporali e strutturali per qualificare il servizio di formazione di cui è titolare, rispettando gli impegni assunti pubblicamente. In certi casi queste due esigenze possono apparire antitetiche, e a volte di fatto entrano in conflitto, se considerate separate ed indipendenti tra loro. La loro compatibilità risulterà invece possibile se entrambe le esigenze, integrandosi, faranno capo, fatte salve le specificità di ognuna, alle finalità ed agli obiettivi del piano dell'offerta formativa complessiva della singola Istituzione scolastica.

⁵ Alcune delle considerazioni e delle indicazioni di questo capitolo sono tratte (con libero adattamento) dal testo "Educazione alla salute nella scuola (Costruzione del benessere e prevenzione del disagio)" di Ulisse Mariani (Edizioni Erickson - 2001).

L'intervento

L'intervento degli esperti si caratterizza in ragione dei seguenti criteri;

1. conformità nei riguardi della domanda;
2. considerazione del rapporto individuo-contesto scolastico;
3. aumento dell'efficacia formativa del contesto scolastico;
4. esplicitazione degli strumenti di verifica degli interventi.

L'intervento dovrà fondarsi sulla condivisione degli obiettivi tra chi propone la domanda e chi si offre di soddisfarla.

Gli Esperti intervengono sul rapporto tra l'individuo e il contesto della comunità scolastica e non sugli individui in quanto tali. Più specificatamente l'intervento riguarda i processi relazionali (cognitivi e affettivi), organizzativi (norme esplicite e implicite) e culturali (i modi di pensare condivisi) che caratterizzano il rapporto individuo-contesto.

Nella scuola gli esperti non perseguono finalità diagnostiche e terapeutiche. Anche quando operano *con* i singoli (ad esempio nell'ascolto individuale) o *per* loro (ad esempio in ragione di situazioni o eventi critici), gli esperti agiscono con lo scopo di sviluppare l'efficacia del processo formativo ed il livello di integrazione del soggetto nel sistema scolastico. Questa impostazione rimane valida anche di fronte a casi critici persistenti (soggetti con situazioni cristallizzate di ritardo di apprendimento, disadattamento, disagio sociale). In casi del genere gli esperti promuovono *l'attivazione delle risorse territoriali*, accompagnando la segnalazione alle strutture preposte, in accordo con la famiglia ed i responsabili scolastici e senza assumere direttamente la presa in carico sociosanitaria del caso.

La verifica è parte integrante dell'intervento. La verifica è compiuta sulla base di indicatori convenuti con la scuola e definiti in coerenza con gli obiettivi scolastici e dell'attività specifica.

Gli Attori

È auspicabile che tutti i soggetti pubblici e privati implicati facciano effettivo riferimento (per compito istituzionale o per autonoma scelta) alle indicazioni degli organismi sovranazionali, nazionali e regionali in precedenza richiamati.

L'Azienda USL, basando le proprie scelte sulle indicazioni epidemiologiche nazionali e regionali, è orientata attualmente a limitare il ventaglio dei progetti annuali di prevenzione, privilegiando, quando opportuno o necessario, un tema specifico, sul quale verranno dirottate le risorse specialistiche e finanziarie.

I soggetti territoriali non pubblici e del privato-sociale (liberi professionisti, Associazioni private, Associazioni di volontariato, ecc.), per quanto possibile e per quanto possa rientrare nelle loro competenze, sono invitati ad integrare le loro proposte, o parte di esse, con quelle pubbliche.

Similmente **la Scuola (Assessorato, Sovraintendenza e singole Istituzioni)**, *oltre a sviluppare propri progetti*, potrà integrare l'azione dell'Ente pubblico con interventi congruenti. Un esempio di una simile metodologia si è avuto negli ultimi anni nella lotta all'AIDS: alla giornata mondiale organizzata a livello assessoriale hanno fatto seguito, in alcune scuole, attività di approfondimento sull'argomento organizzate autonomamente dall'Istituzione scolastica sulla base dei propri bisogni

Per la scelta dei contenuti, anche **l'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche sociali** segue, come l'Azienda USL, le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, recepite nel PSSR, e si basa sui bisogni effettivi riscontrati in campo regionale.

La tendenza è quella di dare continuità ai progetti, terminata la fase del finanziamento vincolato, sovente di origine ministeriale, tramutando gli interventi temporanei in servizi o opportunità permanenti.

È il caso ad esempio dei progetti finanziati tramite la legge 285/1997 (Allegato 10), che hanno spesso coinvolto le scuole: il dettato legislativo sollecita i titolari delle attività a trasformare in servizio permanente le opportunità offerte nella fase sperimentale.

In altri casi, quando possibile, la responsabilità della gestione post-sperimentale viene distribuita ai vari soggetti implicati. Ciò può avvenire in diverse forme, come dimostrano alcuni esempi specifici del recente passato:

- **Consultorio Adolescenti “Il Pangolo”:** Al termine della fase sperimentale, collegata con il progetto finanziato con risorse statali, il Consultorio continua il suo servizio, gestito direttamente e unicamente dall’Azienda USL;
- **Progetto Sorriso:** essendo in via di completamento la fase progettuale-sperimentale delle previste azioni di formazione per la prevenzione dell’abuso ai minori, vi è l’impegno da parte dei vari soggetti implicati a proseguire nelle attività assumendosi ognuno il carico organizzativo e gli oneri finanziari di propria competenza: ad esempio, per la scuola, si tratta di continuare la formazione degli insegnanti delle Istituzioni scolastiche di base, finanziata direttamente dalla Sovrintendenza agli studi;
- **Prevenzione del trauma cranico:** campagne annuali organizzate in passato dall’Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche sociali (in collaborazione con l’Assessorato Istruzione e Cultura, l’Azienda USL, la Polizia stradale, la Polizia municipale e la Società degli impianti a fune) hanno visto una certa continuità in interventi successivi di Educazione stradale e alla guida responsabile, organizzati da singole scuole in collaborazione diretta con le forze dell’ordine (Polizia stradale, Carabinieri, ecc.).

I Tempi

Di massima le proposte di intervento dovranno essere presentate alle Scuole **entro la fine di aprile**, in maniera tale da poter essere recepite dalle Istituzioni scolastiche per eventualmente inserirle nella loro programmazione per l'anno scolastico successivo.

Si dovrà evitare di proporre l’effettuazione di interventi, pur validi, nei periodi di più intenso impegno scolastico, ad esempio quelli di fine quadrimestre.

Reciprocamente la Scuola dovrà richiedere l’intervento di risorse pubbliche umane e materiali **entro la fine di maggio** per permettere ai soggetti implicati (Assessorati, Azienda USL, ecc.) di poter predisporre le risorse, eventualmente disponibili, per l'anno finanziario successivo.

Proposte o richieste, effettuate al di fuori delle fasce temporali indicate, potranno eventualmente essere recepite e soddisfatte nell’anno scolastico in corso o nel successivo, compatibilmente con la disponibilità dei soggetti implicati.

L’Organizzazione

Per ogni azione devono essere sempre predisposti incontri di preparazione e chiarificazione a tutti gli opportuni livelli, per far sì che l'attività non sia soltanto formalmente accettata dalla scuola (nel caso di proposta dall'esterno), ma sostanzialmente fatta propria dall’Istituzione e dalle componenti scolastiche (Dirigente e Insegnanti innanzi tutto).

Reciprocamente la Scuola dovrà adottare tutte quelle attenzioni nei confronti dell’Ente esterno (pubblico o privato) relativamente alla chiarezza della richiesta, alla sollecitudine nella sua presentazione, alla messa a disposizione di persone e materiali per facilitare al massimo gli incontri di progettazione, programmazione, attuazione e verifica.

Al fine inoltre di evitare sovrapposizioni o ripetizioni ravvicinate di proposte rivolte alla Scuola è auspicabile che i soggetti proponenti, aventi aree di intervento in parte comuni o confinanti, instaurino più approfonditi rapporti di reciproca informazione e di collaborazione e che sia attivato un coordinamento generale per l'Educazione alla salute.

I Compiti del Gruppo Interistituzionale Salute

Pubblicizzazione

Rendendo note le *Linee Guida* a tutti i soggetti interessati il GIS (Gruppo Interistituzionale Salute) dovrà iniziare un lavoro di **coinvolgimento dei vari attori in un dialogo, anche critico, sui temi e sulle modalità descritte** al fine di una **condivisione reale e manifesta del senso** da assegnarsi all'Educazione alla salute in ambito scolastico **oggi** e delle **procedure** da seguire nelle attività relative, negli spazi e nei tempi consentiti e giudicati opportuni.

Ciò significa che le attuali *Linee Guida*, frutto di un lavoro e delle esperienze maturate nel corso di questi ultimi anni, dovrebbero costituire la base di partenza per le azioni future essendo però, parallelamente, suscettibili di essere migliorate ed affinate nel tempo.

In generale, la divulgazione dei lavori del GIS dovrà avvenire in modi e forme che il Gruppo stesso di volta in volta adotterà, mirando sempre al maggior coinvolgimento possibile di tutti i soggetti implicati.

Coordinamento e Valutazione

Anche *l'impostazione* dell'attività di *coordinamento* dovrà essere frutto, oltre che del lavoro del GIS, anche dell'apporto proveniente dagli altri soggetti. Il coordinamento andrebbe inteso, intanto, come opportunità di miglioramento e semplificazione dell'esistente, mentre in futuro, potrebbe anche facilitare il sorgere di *nuovi processi integrati* per la prevenzione.

Fungendo da tramite tra i soggetti implicati, potrebbe contribuire, inizialmente, a ridurre gli inconvenienti attuali provocati dall'interferenza di più proposte alle scuole, simili tra loro e contemporanee, con vantaggi sia per i proponenti sia per le scuole.

I proponenti potrebbero avere maggior successo, modificando, parzialmente o del tutto, i contenuti dei loro interventi oppure concordando azioni comuni.

La scuola trarrebbe maggior profitto in entrambi i casi, sia nella diversificazione delle proposte sia nella semplificazione delle offerte.

Operativamente il coordinamento potrà esprimersi attraverso:

- la comunicazione da parte dei vari soggetti al GIS delle iniziative e dei progetti (generali o specifici) di loro competenza;
- gli incontri dei vari soggetti con il GIS per scambi di informazioni;
- la divulgazione da parte del GIS di quanto verrà ritenuto utile per gli obiettivi enunciati.

L'azione di coordinamento pur essendo prioritariamente rivolta più agli attori che alle attività, non potrà tuttavia prescindere dalla *valutazione* della coerenza delle iniziative con le *Linee Guida* e della compatibilità dell'intervento rispetto alle risorse umane, materiali e finanziarie richieste e agli eventuali obiettivi prioritari prefissati. Il parere del GIS sarà vincolante, di fatto, per i progetti dei soggetti istituzionali rappresentati nel

gruppo, proprio perché frutto di un lavoro necessariamente condiviso anche ai più alti livelli di responsabilità. Per gli altri soggetti vi sarà il conforto di un parere positivo, a conferma della validità dell'azione, oppure eventualmente un significativo invito ragionato a rivedere l'azione, in un contesto di dialogo e collaborazione.

Sarebbe ovviamente auspicabile un'azione preventiva di confronto. Il GIS non vuole porsi come censore rispetto a determinate iniziative, ma predilige relazioni costruttive.

Per questo il coordinamento potrà completarsi significativamente attraverso:

- l'espressione di *pareri* su contenuti e modi di particolari attività
- l'effettuazione di *consulenze* per progetti da attivare o proporre.

Monitoraggio e Analisi dei bisogni

Si potrà continuare il monitoraggio delle attività svolte nelle scuole, in modo tale da iniziare a costituire una base dati grazie, anche, alla quale potrà essere indagata l'evoluzione nel tempo degli interventi (esperti, contenuti, modalità, ecc.).

Potranno essere effettuate indagini rispetto ai bisogni emergenti, deducibili dai dati epidemiologici per gli aspetti più strettamente sanitari e dalle richieste espresse dagli interessati (le varie componenti scolastiche) nelle forme ritenute più idonee (questionari, interviste a gruppi rappresentativi, riunioni, incontri, seminari, ecc.).

Sarà anche opportuno e doveroso indagare sull'opinione degli esperti di categoria nei confronti dei metodi da adottarsi nell'Educazione alla salute, anche mediante incontri, sia per condividere l'impostazione di fondo sia per recepire il loro contributo per un affinamento ulteriore di queste Linee guida.

* * *

Nello svolgere i vari compiti sopra enunciati gli effetti saranno tanto più incisivi quanto più vi sarà integrazione tra essi e quanto maggiore sarà la collaborazione, critica e costruttiva, da parte di tutti i soggetti interessati.

Regione Autonoma Valle d'Aosta

Assessorato dell'Istruzione e Cultura
Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali
Azienda USL Valle d'Aosta

≈ ≈ ≈

APPENDICE

del documento

“LINEE GUIDA

*per l'Educazione alla salute
in ambito scolastico”*

≈ ≈ ≈

**"GRUPPO TECNICO INTERISTITUZIONALE
PER LA DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA ED IL COORDINAMENTO DELLE
ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE IN AMBITO SCOLASTICO"
istituito presso la Sovrintendenza agli Studi
con Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta n. 3520 del 30.09.2002**

Sommario

Premessa	2
<i>L'educazione alla salute nella Scuola valdostana</i>	3
La prima ricerca	3
Primi Progetti regionali	4
La seconda ricerca	4
Ulteriori Progetti	5
Progetti regionali attuali	6
<i>Attività nelle Istituzioni scolastiche</i>	8
<i>Attività dell'Azienda USL</i>	13
<i>Attività dell'Assessorato Sanità, Salute e politiche sociali</i>	20
<i>La risorsa Volontariato</i>	0

Premessa

Quest'appendice del documento "LINEE GUIDA per l'Educazione alla salute in ambito scolastico" contiene una breve storia dell'Educazione alla salute nella scuola valdostana dal 1990 ad oggi. Si ritiene utile ripercorrere, anche se rapidamente ed in maniera non certo esaustiva, quanto avvenuto da quasi tre lustri a questa parte, sia perché il trascorso ha costituito fonte preziosa proprio per la definizione delle linee guida, sia per tentare, in futuro, di evitare gli errori commessi e di consolidare e migliorare le buone esperienze del passato.

L'appendice contiene altresì brevi elenchi di attività riguardanti i tre soggetti pubblici i cui rappresentanti fanno parte del GIS (Gruppo Interistituzionale Salute): l'Assessorato dell'Istruzione e Cultura, essendo la Scuola, protagonista e ambito di riferimento; l'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali e l'Azienda USL Valle d'Aosta, soggetti pubblici che per mandato istituzionale si occupano di prevenzione e di Educazione alla salute su tutto il territorio regionale.

Contiene infine un elenco delle Associazioni di volontariato aderenti al CSV (Centro di Servizio per il Volontariato).

Non sono qui evidenziate (o non lo sono sufficientemente) le attività e i progetti di tutti gli altri soggetti pubblici e privati (se non nell'elenco degli interventi nella scuola dell'anno scolastico 2001-02): si pensi ad esempio alle *Forze dell'ordine e a tutela dell'ambiente* (Polizia stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di finanza, Polizia municipale, Corpo forestale, Vigili del fuoco, ecc.), che pur intervengono in maniera importante in tutti gli ordini e gradi della scuola, ai liberi professionisti e agli altri soggetti del privato-sociale. In futuro questa lacuna potrà essere colmata, poiché tra i compiti del GIS vi sarà anche quello di indicare tutte le risorse presenti sul territorio

L'Educazione alla salute nella Scuola valdostana

La prima ricerca

Verso la fine dell'**anno scolastico 1986-87** venne condotta una ricerca, con l'assistenza scientifica di Fabio Mariani, ricercatore del Consiglio Nazionale delle Ricerche e Responsabile del Reparto di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa, mediante un questionario, somministrato ad un campione di **1721** alunni, rispetto ad una popolazione di **4322** alunni, distribuita in **20** istituti scolastici superiori (di cui **2** legalmente riconosciuti) dal titolo:

"Atteggiamenti e comportamenti degli studenti delle scuole secondarie superiori della Valle d'Aosta nei confronti del consumo di tabacco, alcol e altre droghe".

Anche se l'obiettivo principale mirava a stabilire i cambiamenti nel tempo piuttosto che una quantificazione statica dei fenomeni, si può comunque fornire qualche risultato che può dare un'idea della situazione relativamente alle tossicodipendenze in quel periodo:

- ❑ Sigarette
 - il 38.6% si dichiara non fumatore
 - il 43.0% dichiara di aver fumato solamente negli ultimi 30 giorni
 - il 18.4% dichiara di aver fumato negli ultimi 12 mesi o nel passato
- ❑ Alcol
 - il 9.8% si dichiara non bevitore
 - il 52.4% dichiara di aver bevuto solamente negli ultimi 30 giorni
 - il 26.7% dichiara di aver bevuto solamente negli ultimi 12 mesi
 - l'11.1% dichiara di aver bevuto nel passato
- ❑ Marijuana / hashish
 - il 91.2% si dichiara non fumatore
 - il 3.9% dichiara di aver fumato solamente negli ultimi 30 giorni
 - il 2.0% dichiara di aver fumato solamente negli ultimi 12 mesi
 - il 2.9% dichiara di aver fumato nel passato
- ❑ Droghe pesanti (consumo nella vita)
 - anfetamine: 3.5%
 - cocaina: 1.8%
 - eroina: 1.3%

Il valore della prevalenza riferito all'esperienza d'uso di alcol del 90.2% indicava che la dimensione dell'assunzione di alcol da parte dei ragazzi era il problema prioritario per un intervento preventivo di educazione alla salute.

La Regione Autonoma Valle d'Aosta nel **1987** affrontò il problema della riorganizzazione dei servizi di prevenzione e cura delle tossicodipendenze e, tramite il Gruppo Tecnico Permanente di Lavoro (costituito da rappresentanti dell'Assessorato regionale della Pubblica Istruzione, dell'Assessorato regionale della Sanità e Assistenza sociale, dell'Azienda USL e degli Istituti scolastici secondari superiori) pose in atto un programma per un progetto organico di prevenzione delle tossicodipendenze e di Educazione alla salute, che si sarebbe poi raccordato con i dettami e le indicazioni della legge di lotta alla droga (DPR 309/90).

Primi Progetti regionali

Il Progetto Arianna

A partire dall'anno scolastico 1989-1990, sulla base delle analisi dei risultati della ricerca dell'anno scolastico 1986-87 già citata e delle proposte scaturite dal Gruppo Tecnico, prendeva l'avvio il *Progetto Arianna* rivolto a tutte le scuole di ogni ordine e grado.

Attività di prevenzione primaria erano rivolte agli alunni, mentre per i docenti gli obiettivi erano: migliorare e aggiornare le loro competenze in merito alle relazioni interpersonali e alla funzione della scuola come area di integrazione e sviluppo psicosociale (L.R. 5.1.90, n. 6) e sviluppare, tra i capi di istituto e tra gli insegnanti, sensibilità e capacità per essere in grado, con la collaborazione di esperti esterni, di elaborare e mettere in atto interventi per impedire o contrastare l'insorgere di situazioni di disagio, devianza o dipendenza.

Questo progetto si è svolto nell'arco di 6 anni, fino all'anno scolastico 1994-95. Durante il periodo della sua realizzazione adolescenti (età da 14 a 19 anni) e preadolescenti (età da 11 a 13 anni), genitori ed insegnanti sono stati direttamente coinvolti in attività di prevenzione primaria, sensibilizzazione, informazione e formazione, organizzate a livello centrale dal Gruppo Tecnico, responsabile del progetto stesso.

Il Progetto Ponte

A partire dall'anno scolastico 1995-96, terminato il **Progetto Arianna** l'Amministrazione regionale riteneva di proseguire quindi, innovandola, tale esperienza favorendo l'adozione di progetti autonomi da parte delle istituzioni scolastiche mediante la concessione di specifici finanziamenti. Nasce così, ponendosi in continuità con il precedente, il **Progetto Ponte** come mezzo di *transizione* verso un nuovo modo di effettuare prevenzione nelle scuole e come *raccordo* verso il **DPR 309/90**, per **l'applicazione puntuale del quale il Progetto Arianna aveva gettato le basi, portando nella scuola (talvolta con qualche forzatura a fronte di ritrosie e scetticismi presenti tra gli insegnanti) modalità e contenuti nuovi, in particolare nelle scuole superiori.**

Strumenti e funzioni nella realizzazione del progetto sono stati:

- Elezione in ogni scuola secondaria superiore di un referente per l'educazione alla salute
- Riunioni mensili, con il supporto di uno psicopedagogo, di formazione e di coordinamento della Commissione dei referenti della regione
- Istituzione in ogni scuola di équipe di insegnanti attorno al referente per l'elaborazione e la realizzazione dei progetti
- Assegnazione di finanziamenti alle scuole, prima eguali per tutte, in seguito differenziati in relazione ai progetti specifici
- Utilizzazione di esperti esterni (educatori, psicologi, medici, esperti della prevenzione, ecc.)

La seconda ricerca

Nell'anno scolastico 1996-97, parallelamente allo sviluppo del Progetto Ponte, è stata effettuata un'altra ricerca da S. Bonino e E. Cattelino del "Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo del Dipartimento di Psicologia" dell'Università di Torino, in collaborazione con l'Assessorato regionale Istruzione e Cultura, mediante il questionario "Io e la mia salute" somministrato ad un campione di **804** alunni, da 14 a 19 anni di età, considerato rappresentativo degli adolescenti valdostani.

Tale ricerca, oltre a fornire notizie sullo stato del consumo di sostanze lecite ed illecite tra gli adolescenti della scuola, permette di individuare correlazioni tra i vari comportamenti e quindi indicazioni rispetto alle modalità ed ai contenuti degli interventi di prevenzione.

L'indagine ha riguardato:

- 1) Le attività extra scolastiche, i comportamenti inerenti la scuola e la religione
- 2) I comportamenti a rischio:
 - consumo di sostanze psicotrope
 - rapporti sessuali precoci o non protetti
 - cattive abitudini riferite all'igiene, alle ore di sonno e all'alimentazione
 - comportamenti devianti, pornografia e violenza sessuale
 - comportamenti rischiosi e guida pericolosa

Qui di seguito è presentato qualche risultato sintetico, che può servire da paragone con i risultati relativi alla ricerca del 1986, nonostante debba essere impiegata estrema cautela nel confronto tra i dati di due ricerche condotte con strumenti *diversi* e per obiettivi *diversi*:

- Sigarette
 - il 45% si dichiara non fumatore
 - il 33% si dichiara fumatore saltuario o che ha smesso di fumare da un mese
 - il 22% si dichiara fumatore abituale (forte o moderato)
- Alcol
 - il 15% non ha mai bevuto o ha bevuto una sola volta
 - il 25% ha bevuto qualche volta
 - il 47% beve sovente
 - il 12% beve abitualmente
- Marijuana / hashish
 - il 72% si dichiara non fumatore
 - il 7% ha fumato una sola volta
 - il 21% dichiara di aver fumato diverse volte
- Droghe pesanti
 - il consumo non è troppo elevato (LSD 3%, estasi 3%, cocaina 2%, eroina 1%)
- Rapporti sessuali precoci o non protetti
 - il 32% dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo con l'altro sesso
 - l'età media del primo rapporto è di 15 anni per i ragazzi e di 16 anni per le ragazze
 - il 64% degli adolescenti che hanno avuto rapporti sessuali nell'ultimo anno fa sempre uso di un metodo contraccettivo
 - in media gli adolescenti dichiarano di aver cambiato 2 o 3 partner
 - 8 persone dei due sessi sono state coinvolte in una gravidanza
 - 6 persone hanno deciso di abortire

Paragonando alcuni dati relativi alle due ricerche, per quanto possa essere possibile farlo, si nota un notevole aumento del consumo di marijuana/hashish, mentre per le altre sostanze, nel complesso, non vi sono stati cambiamenti rimarchevoli.

Rimane alto il consumo di alcol.

Ulteriori Progetti

Rielaborazione del Progetto Ponte per l'anno 2000

La *Rielaborazione del Progetto Ponte per l'anno 2000* quale ultima fase della transizione, va ad inserirsi in un quadro di sperimentazione della *autonomia scolastica* e riguarda:

- l'esame più attento della qualità dei progetti delle singole scuole – effettuata dal CTR (Comitato Tecnico Regionale) – avente per scopo anche il conferimento dei finanziamenti relativi. Ciò sollecita le scuole ad una elaborazione che tenga conto di tutti gli aspetti che caratterizzano un progetto, compresa la valutazione interna per la verifica della loro efficacia
- una particolare attenzione rivolta alle *attività di ascolto* in relazione alla possibilità di istituire nelle scuole i CIC (Centri di Informazione e Consulenza)
- la possibilità per le scuole di sperimentare la "ricerca-azione" che fa seguito alla ricerca condotta nella regione da S. Bonino e E. Cattelino precedentemente descritta
- la continuazione della formazione dei referenti delle superiori, ma anche una intensificazione della formazione rivolta agli insegnanti delle scuole di altro ordine e grado
- l'intenzione di intensificare la messa in comune e la pubblicizzazione delle esperienze
- la ricerca di una collaborazione più intensa e coordinata tra le varie istituzioni pubbliche che si occupano di educazione, salute, prevenzione.

Il percorso attuato in Valle d'Aosta (pur con tutte le sue criticità) può essere giudicato, a posteriori, positivamente, rispetto ad esempio ad una applicazione letterale ed immediata del DPR 309/90. Una diffusione generale e a tappeto delle tematiche relative all'Educazione alla salute ha fornito i primi strumenti alle singole Istituzioni scolastiche, mettendole in condizione, nel quinquennio successivo e oltre, di agire autonomamente sulla base dei propri bisogni specifici.

L'ultimo dei punti precedenti poi rispecchiava un'esigenza, diffusa nell'ambiente scolastico e in quelli del territorio, che ha portato infine, dopo un percorso non sempre lineare, alla costituzione del GIS.

Progetti regionali attuali

La fase apertasi con la fine del Progetto Ponte e l'istituzione dell'autonomia scolastica è stata caratterizzata da due progetti elaborati dalla Sovrintendenza agli Studi (Ufficio Ispettivo Tecnico), finanziati con fondi regionali (provenienti da quello nazionale contro la droga, DPR 309/90). Entrambi sono progetti essenzialmente di formazione rivolti agli insegnanti, tendenti il primo all'istituzione dei CIC (Centri di Informazione e Consulenza) nelle scuole superiori e il secondo all'adozione di modalità didattiche nelle scuole di base tali da sviluppare e rinforzare le capacità trasversali di difesa nei bambini e nei ragazzi.

Il Progetto CIC

I CIC, nati in campo nazionale nel 1990 come strumento e occasione per informare i ragazzi (ma anche docenti e genitori) e per fornire consulenza nel campo delle tossicodipendenze, si sono poco per volta trasformati, sia nelle esperienze reali sia nell'apporto normativo, assumendo nuove funzioni che, non negando quelle originarie, caratterizzano tendenzialmente i CIC come Centri di incontro delle varie componenti scolastiche e di progettazione delle attività di Educazione alla salute (**ma non solo**), in un clima di maggior condivisione degli intenti e delle scelte.

Secondo il Progetto, istituire i CIC in Valle d'Aosta, a dieci anni dalla proposta legislativa, avrebbe avuto il senso, non tanto di fornire quei servizi che nella Regione hanno trovato altre vie di attuazione, ma quello di suggerire una struttura ai fini di rinforzare quanto già era in atto ed ampliare le modalità di intervento.

I CIC avrebbero costituito in quest'ottica un punto di incontro, anche fisico, tra le varie componenti scolastiche per vivere i progetti della scuola, in particolare quelli riguardanti l'Educazione alla salute, dalla loro elaborazione alla loro attuazione.

Il Progetto CIC, di cui è titolare la Sovrintendenza agli Studi e partner il SerT (Servizio Tossicodipendenze dell'Azienda USL), ha previsto una formazione, ancora in corso, rivolta ai referenti di Educazione alla salute, nel periodo 2000-2003, riguardante:

- ◆ lo studio dei diversi tipi di CIC con testimonianze di docenti e dirigenti di istituzioni scolastiche fuori Regione;
- ◆ l'approfondimento normativo con interventi di esperti anche ministeriali;
- ◆ lo studio degli aspetti psicopedagogici con interventi di psicologi e psicopedagogisti;
- ◆ l'acquisizione di modalità (anche didattiche) utili al buon funzionamento dei gruppi;
- ◆ lo studio di casi concreti (esperienze di CIC istituiti o in via di istituzione) in Valle d'Aosta.

Il Progetto Scuola-BUS

Il Progetto, ancora in corso (periodo 2002-2003) ha inteso iniziare una formazione rivolta agli insegnanti della scuola di base (materna, elementare e media) ai fini di promuovere una cultura della promozione della salute e della prevenzione dei comportamenti a rischio attraverso la normale e quotidiana attività didattica formativa e educativa.

In particolare si vuole porre l'accento sull'importanza dello sviluppo nel fanciullo e nel preadolescente delle capacità critiche, delle capacità decisionali e dell'autostima, le quali oltre, a giocare un ruolo basilare ai fini dell'apprendimento, aiutano a costituire solide barriere nei confronti di sollecitazioni negative esterne o frenano l'inclinazione verso atteggiamenti che, degenerando, potrebbero evolvere verso comportamenti a rischio se non accompagnati, anche, da una coscienza di sé come persona, riconosciuta, rispettata ed amata.

Il Progetto Scuola-BUS, di cui è titolare la Sovrintendenza agli Studi e partner l'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, ha previsto una formazione, ancora in corso, rivolta ai referenti di Educazione alla salute (talvolta allargata anche ad altri insegnanti), riguardante tematiche quali:

- ◆ l'autostima
- ◆ l'attenzione
- ◆ l'importanza delle emozioni nel processo di insegnamento-apprendimento

Si sono poi affrontate, in maniera limitata per il non elevato tempo a disposizione, ma con l'intento di dare con questo progetto un contributo iniziale per successivi eventuali e auspicabili approfondimenti, *tecniche e metodi didattici, atteggiamenti relazionali, modalità organizzative* che si pongono come finalità proprio quelle previste dal progetto:

- ◆ la didattica metacognitiva
- ◆ il problem solving
- ◆ lo studio di esperienze concrete con testimonianze di docenti e dirigenti di istituzioni scolastiche fuori Regione

Attività nelle Istituzioni scolastiche

Il Progetto Ponte, tramite finanziamenti vincolati, aveva permesso alle scuole di ogni ordine e grado di realizzare attività di Educazione alla salute nei campi più disparati, utilizzando esperti esterni pubblici o privati.

Terminato il Progetto Ponte (gli ultimi finanziamenti vincolati dovevano essere impegnati entro la fine del 2001) le scuole, già dal 2002, hanno dovuto incrementare le attività autofinanziate o gratuite (se rientranti in servizi offerti dai Soggetti territoriali), mentre a partire dall'anno scolastico 2002-2003 non avrebbero più potuto contare su finanziamenti statali (e quindi regionali) dedicati. Le scuole cioè avrebbero potuto continuare le attività a costo non nullo attingendo al loro fondo scolastico complessivo o industriandosi per reperire fondi altrove.

Se da un lato potranno aumentare le difficoltà dall'altro, le scuole, non potendo più contare su risorse finanziarie esterne assegnate ad hoc, rivolgendosi maggiormente alle risorse pubbliche, potranno favorire il processo dell'integrazione dei servizi e della costituzione di reti di scuole per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Tutto ciò dovrà ovviamente andare di pari passo con un maggior impegno, prima di tutto finanziario, da parte degli Enti pubblici nei confronti della prevenzione e della promozione del benessere.

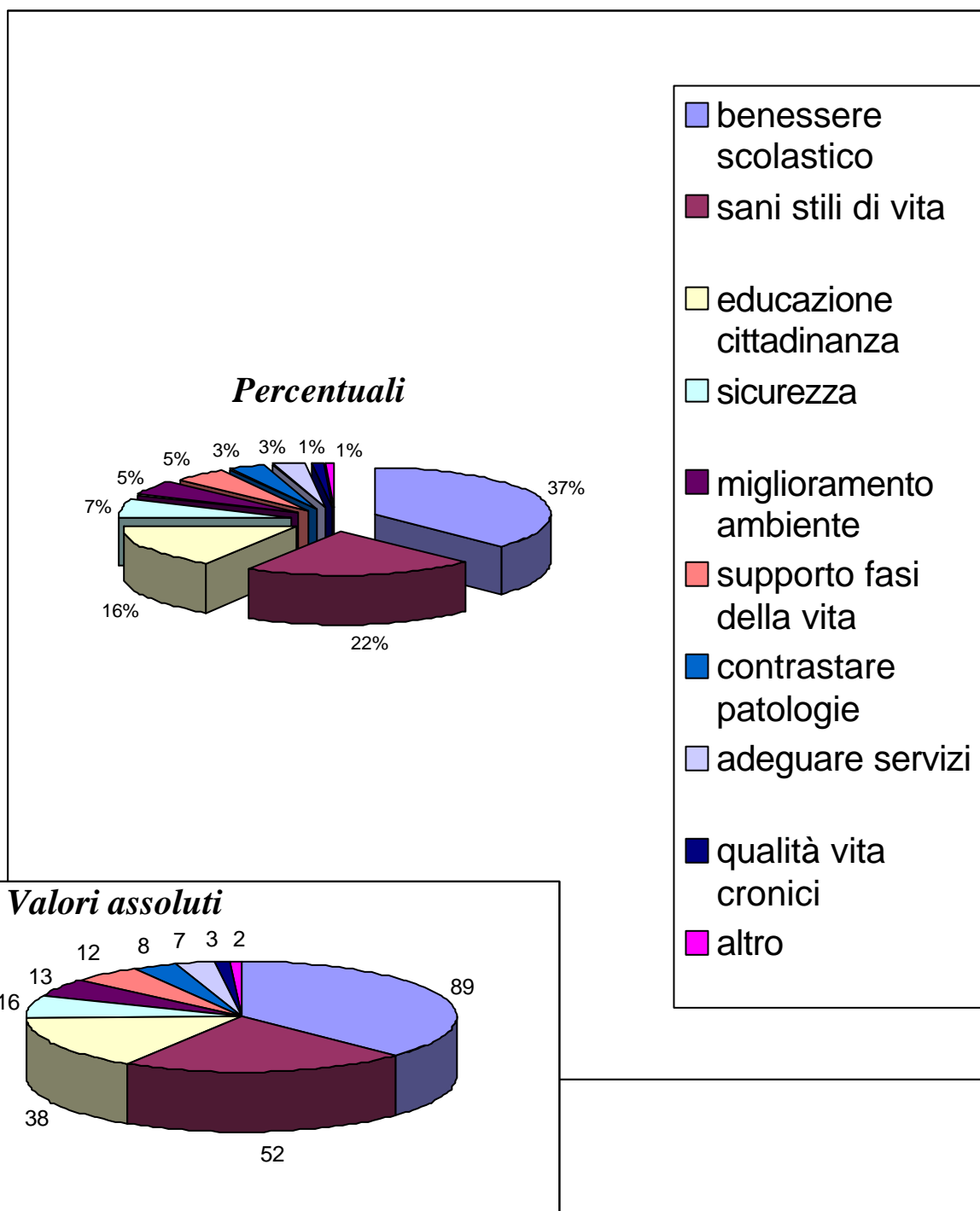
Il GIS, nell'ambito delle sue funzioni, ha effettuato un primo monitoraggio nelle scuole raccogliendo le attività svolte nell'anno scolastico 2001-2002, utilizzando per questo una scheda di rilevazione (Allegato 13) basata sugli obiettivi previsti dal PSSR, .

Di seguito sono riportati alcuni grafici e tabelle dedotti dalla base dati pervenuti dalle scuole.

**Distribuzione dei tipi di intervento nelle scuole (a.s. 2001-2002)
(secondo gli obiettivi del PSSR 2002-2004)**

Si noti come i 3/4 (75%) degli interventi siano stati classificati dalle scuole nei primi tre tipi:

- ◆ benessere scolastico
- ◆ sani stili di vita
- ◆ educazione alla cittadinanza



Attività condotte da Esperti di Soggetti pubblici (a.s. 2001-2002)

Istituzione scolastica	denominazione attività	esperti enti pubblici
Aosta 2	Bruno et le 118	118
Aosta 2	Insieme per crescere - classi terze	Consultorio adolescenti
Aosta 2	Mangiamo bene - Mangiamo insieme	DUI
Aosta 2	Nozioni di pronto soccorso	118
Aosta 2	Progetto alimentazione classi seconde	DUI
Aosta 2	Progetto Zaini - classi prime	DUI
Aosta 3	Alunni in situazione di disagio	SEFO (Ass. Reg. Sanità)
Aosta 3	Collaborazioni con équipes sociosanitarie	équipes sociosanitarie
Aosta 3	Situazioni di emergenza e pronto soccorso	118
Aosta 3	Verifica parametri fisici	CONI; Azienda USL
Aosta 4	Apprendimento cooperativo	
Aosta 4	Progetto IPR	
Aosta 5	Corso per addetti all'emergenza	RAVA
Aosta 5	Educazione stradale	Polizia municipale
Aosta 5	Sportello	SerT
Don Bosco Châtillon	Educazione stradale	Carabinieri
Evançon 1	Bruno et le 118	118
Evançon 1	Educazione stradale	Carabinieri
Evançon 1	Prevenzione difficoltà apprendimento	
Evançon 2	Accoglienza	
Grand Paradis A	Corso regionale legge 626	RAVA
Grand Paradis A	Educazione alla legalità partendo dalla stradale	Carabinieri
I.S.I.T.C.G.P. - Saint Vincent	AIDS	Azienda USL
I.S.I.T.C.G.P. - Saint Vincent	Avere stile: mangiare, bere e non solo!	Azienda USL
I.S.I.T.C.G.P. - Saint Vincent	Orientamento post-diploma	Distretto n. 2
I.S.I.T.C.G.P. - Saint Vincent	Orientamento post-qualifica professionale	Agenzia del Lavoro
I.S.I.T.C.G.P. - Saint Vincent	Riorientamento nella classe prima	
Institut Agricole Régional Aosta	Educazione stradale	Polizia stradale; Azienda USL
Institut Agricole Régional Aosta	Incontri con ex alunni	ex alunni
Institut Agricole Régional Aosta	Orientamento	?
Institut Agricole Régional Aosta	Visite e incontri orientamento	Università; Scuole specializzazione
ISICA Aosta	Sessualità e affettività	Consultorio adolescenti
ISICA Aosta	Sportello	SerT

ISICA Aosta	Traumatologia e primo soccorso	118
ISIP Aosta	Affettività e sessualità	Consultorio adolescenti
ISISM DI Pont-St-Martin	Corso 626	RAVA
ISISM DI Pont-St-Martin	Guida sicura	Polizia stradale
ISISM DI Pont-St-Martin	Orientamento formativo ed informativo	Agenzia del Lavoro; Distretto scolastico n. 2
ISITCG Aosta	Abitudini alimentari (sondaggio)	Università e Azienda USL
ISITCG Aosta	Alcol e guida	Ministero trasporti
ISITCG Aosta	Sportello	Consultorio adolescenti
ISITIP Verrès	Educazione alimentare	Azienda USL
Istituto Magistrale Aosta	Diritti umani	Università
Istituto Magistrale Aosta	Educazione alimentare	Azienda USL
Istituto Magistrale Aosta	Sportello	SerT
Liceo linguistico Courmayeur	Contrastare l'abuso di alcol	Medico Sanità pubblica
Liceo linguistico Courmayeur	Educazione alimentare	Medico Sanità pubblica
Liceo linguistico Courmayeur	Orientamento	UIT
Liceo scientifico "E. Bérard" Aosta	Maschile e Femminile: Identità a confronto	Consultorio adolescenti
Mont-Emilius 1	Educazione alla sessualità	Ostetrica e psicologa Azienda USL
Mont-Emilius 1	Progetto sicurezza	Direzione Servizi Generale
Mont-Rose A	Educazione stradale	Polizia stradale; Carabinieri
Mont-Rose A	Progetto lettura-festa del libro	
Mont-Rose A	Progetto www.rifiuti@mont-roseA	Aziende del riciclo
Mont-Rose A	Sicurezza	RAVA
Valdigne Mont Blanc	Bruno et le 118	Azienda USL
Valdigne Mont Blanc	Educazione alimentare	Azienda USL
Valdigne Mont Blanc	Educazione all'affettività e alla sessualità	Azienda USL
Valdigne Mont Blanc	Giusta postura	Azienda USL
Valdigne Mont Blanc	Incontri per alunni in difficoltà	Esperti équipe sociosanitaria
Valdigne Mont Blanc	Legge 626	Medico - Vigile del fuoco
Valdigne Mont Blanc	Orientamento	
Valdigne Mont Blanc	Sportello	
numero totale attività		63

Attività condotte da Esperti del privato-sociale (a.s. 2001-2002)

denominazione attività	esperti enti privati	esperti associazioni
Musicoterapia		Associazione Girotondo
Progetto Ali e radici	Cooperativa La sorgente	
Progetto Porte aperte	Cooperativa Noi e gli altri	
Progetto Quelli che cambiano	Cooperativa Ombre con l'acca	
Quartieri e scuole: l'unione fa la forza	Cooperativa Ombre con l'acca	
Scuola e cultura di parità	Società Poliedra di Torino	
L'immigrazione	Cooperativa Ali e radici	
Prevenzione uso sostanze	Cooperativa Etno-Ziro	
Afganistan: le ragioni di una guerra		Libera
Bioetica ambientale		Gruppo valdostano di bioetica
Conoscere l'Islam	Cooperativa La sorgente	
Accoglienza	Studio ANSED	
AIDS		Minotauro
Corso nuoto	Piscina Aosta	
AIDS		PROGET ECOLE
TABAGISMO		Lega lotta contro i tumori
Giornata mondiale AIDS		Projet écoles
GIORNATA MONDIALE LOTTA ALL'AIDS		PROGET ECOLE
Educazione all'affettività e alla sessualità		Cooperativa Etno-Ziro
GIORNATA MONDIALE LOTTA ALL'AIDS		PROGET ECOLE
Gruppi di Espressione		Insana Eloquentiae
Sportello		Cooperativa Etno-Ziro
Corso teorico-pratico di educazione sanitaria	Studio privato	
Corso di nuoto	Istruttori Piscina Verrès	
La bottega di Leonardo	Coop. La litze- B. Gremo	
Progetto Eubage	Cooperativa Eubage	
Progetto girotondo		Associazione Girotondo
Promozione di diritti e opportunità		Hansel e Gretel
Sport		Associazione Rugby
Come affrontare evento che crea disagio	Cooperativa Etno-Ziro	
Prevenzione uso alcol e sostanze	Cooperativa Etno-Ziro	

numero totale attività

31

Attività dell'Azienda USL

Il GIS, come per le scuole, ha richiesto all'Azienda USL della Valle d'Aosta, attraverso i suoi rappresentanti nel gruppo, informazioni relativamente alle attività di Educazione alla salute svolte nel recente passato.

Di seguito sono riportate alcune tabelle, basate sulle dette informazioni, che illustrano le varie attività

Azienda USL- OPERATORI PUBBLICI

Azienda USL: INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE ANNO 2001-2002

ISTITUZIONI, ENTI, ASSOCIAZIONI O SERVIZI COINVOLTI O COOPERANTI	OPERATORI PUBBLICI	TIPO ATTIVITÀ, ARGOMENTO O PROGETTO	DESTINATARI
Azienda USL	Psicologo e Ostetrica Azienda USL	Educazione sessuale	Alunni delle classi di 3 ^a media di: Morgex, Villeneuve, Cogne, Variney, Quart, Nus; Valtournenche, Châtillon, Saint Vincent
Azienda USL	Logopedista Azienda USL	Disturbi di apprendimento	docenti delle Istituzioni scolastiche: Geometri di Aosta, Elementari e Medie di Quart Villair, Elementari di Châtillon
Azienda USL	Diabetologo	Alimentazione	scuole medie superiori
Azienda USL, Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali e Assessorato Istruzione e Cultura	Consultorio adolescenti		Vedere in (Quadro A Consultorio) le iniziative effettuate nelle scuole medie inferiori e superiori
Azienda USL	SerT	"Alveare"	scuole materne, elementari e medie del Quartiere Cogne di Aosta
Azienda USL	SerT	"Quelli che cambiano"	ragazzi dai 14 anni in poi (Aosta)
Azienda USL	SerT	"Arco"	scuole elementari e medie di Courmayeur
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali	SerT	"CIC"	docenti referenti di Educazione alla salute (15) delle scuole superiori
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura	SerT	Sportelli di ascolto	alunni delle scuole: Magistrali, Liceo artistico, Ginnasio e Geometri di Aosta
Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, Assessorato Istruzione e Cultura, Azienda USL, Associazione Alpini	SerT	"Sbronza di Noè"	classi seconde (19) delle scuole superiori
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura	118	Prevenzione incidenti	scuole elementari e medie
Assessorato Istruzione e Cultura	Diploma Universitario Infermieri	Prevenzione malformazioni (postura, zaini)	genitori e docenti delle scuole elementari e medie
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali	Dipartimento Prevenzione (UB Igiene e SanitàPubblica)	Educazione alimentare: rilevazione di dati antropometrici dei ragazzi	scuole superiori

Azienda USL (U. O. malattie infettive Ospedale Regionale)	Dott.ssa Tassara e collaboratori	Prevenzione malattie infettive da virus epatite e HIV/AIDS	scuole superiori
Azienda USL (U. O. malattie infettive Ospedale Regionale), Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, Assessorato Istruzione e Cultura	Responsabile: Dott.ssa Tassara; Operatori nella scuola dell'Istituto Minotauro (Milano)	Community Program (Sottoprogetto: "Ricerca pilota sulla prevenzione del rischio AIDS nella cultura degli adolescenti, educatori e genitori della alle d'Aosta)	scuole superiori
Azienda USL (Ospedale regionale), Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, Polizia stradale, Società Impianti a fune	Medici U. B. di neurologia Polizia stradale	"Prevenzione Trauma cranico"	scuole medie e superiori
Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, Associazioni AIDO, AITF, ANED e ADMO	Dott. Alloatti (nefrologia)	"Donazione di organi e tessuti"	scuole superiori

Azienda USL: INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE DA ATTIVARE <i>dopo il 2001-2002</i>			
ISTITUZIONI, ENTI, ASSOCIAZIONI O SERVIZI COINVOLTI O COOPERANTI	OPERATORI PUBBLICI	TIPO ATTIVITÀ, ARGOMENTO O PROGETTO	DESTINATARI
logopedisti Azienda USL od esperti esterni	/	"Disturbi di apprendimento"	Scuole materne ed elementari
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali	/	Progetto Sorriso	Scuole materne ed elementari

Quadro A Consultorio

Consultorio adolescenti - Il Pangolo

Interventi nella scuola da parte dell'équipe di operatori del consultorio. Anno scolastico 2001/02.

- Progetto "Insieme per crescere"

- Spazio d'ascolto

Scuola Media S. Roch (classi III)

- Progetto: Io e l'altro

Scuola Media Einaudi (3 classi III)

- Progetto: Maschile e femminile: identità a confronto

Liceo Scientifico (classi III)

- Intervento a margine della giornata dell'AIDS

Liceo Classico (classi III)

- Progetto: Maschi e femmine alla ricerca di una identità

Liceo Pedagogico (3 classi III)

- Progetto: Uno sguardo al maschile

Scuola ex IPR (classi II)

- Progetto: Affettività e sessualità

Scuola ex Coordinata (classi II)

- Progetto di educazione alla salute

Scuola ex Coordinata (3 classi III' i classe IV)

- Progetto di educazione alla sessualità

Istituto per Geometri (3 classi III, i classe IV)

Azienda USL- OPERATORI PUBBLICI

Azienda USL: INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE ANNO 2002/2003

ISTITUZIONI, ENTI, ASSOCIAZIONI O SERVIZI COINVOLTI O COOPERANTI	OPERATORI PUBBLICI	TIPO ATTIVITÀ, ARGOMENTO O PROGETTO	DESTINATARI
Azienda USL	Psicologo Ostetrica Azienda USL	Educazione sessuale	Alunni delle classi di 3 ^a media di: Morgex* Villeneuve, Cogne, Nus, Verres, Brusson. Per le istituzioni scolastiche di Quart, Valtournenche, Châtillon e St. Vincent si sta valutando, con gli operatori interessati, la fattibilità degli interventi. *Per quanto riguarda Morgex gli interventi, in via sperimentale, verranno effettuati coinvolgendo anche le secondi classi.
Azienda USL	Logopedisti Azienda USL	Disturbi di apprendimento	Docenti delle Istituzioni scolastiche Elementari e Medie di Quart Villair
Azienda USL Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali e Assessorato Istruzione e Cultura (Fondi L.285/97)	Adolescenti Consultorio		Vedere in (Quadro B Consultorio) l'elenco delle iniziative in atto nelle scuole medie inferiori e superiori
Comunità Montana Monte Cervino, Istituzioni scolastiche Monte Cervino I e 2, Azienda USL (Fondi L.309/90)	SerT	"Progetto Eden"	Scuole materne, elementari e medie
Azienda USL	SerT	"Quelli che cambiano"	Ragazzi dai 14 anni in poi (Aosta)
Azienda USL	SerT	"Arco"	Scuole elementari e medie di Courmayeur
Azienda USL Assessorato Istruzione e. Cultura, Assessorato Sanità Salute e Politiche Sociali	SerT	"CIC"	Docenti referenti di Educazione alla salute delle scuole superiori
Azienda USL Assessorato Istruzione e Cultura	SerT	Sportelli di ascolto	Alunni delle scuole: Magistrali, Liceo Artistico, Ginnasio e Geometri di Aosta
Cooperativa Sociale "Ombre con l'acca", Assessorato Istruzione e Cultura, Azienda USL	SerT	Progetto Quartiere e Scuola	Scuola media Cerlogne
Azienda USL Assessorato Istruzione e Cultura	118	Prevenzione incidenti e primi soccorsi	Scuole elementari e medie Nota: Il progetto, denominato "Bruno e il 118", che prevede anche un opuscolo come supporto didattico, è operante dall'anno scolastico 1997-98.
Azienda USL (U. O. malattie infettive Ospedale Regionale)	Dott.ssa Tassara	Prevenzione malattie infettive da virus epatite e HIV/AIDS	scuole superiori (ISITIP di Verrès)

Assessorato Istruzione e Cultura	Diploma Universitario Infermieri	Prevenzione malformazioni (postura, zaini)	Scuola media St. Roch, Quartiere Cogne
	Diploma Universitario Infermieri	Interventi educativi relativi all'igiene e all'alimentazione	Su richiesta delle istituzioni scolastiche (Scuole medie ed elementari)
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali	Dipartimento Prevenzione (UB Igiene Alimenti e Nutrizione)	Educazione alimentare	scuole medie (Saint Vincent e Valtournenche)
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali		"Progetto Sorriso"	Docenti delle Istituzioni Scolastiche Materne ed Elementari
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, consulente esterno (tecnico audiometrista)	Operatori in convenzione con Azienda USL	Screening uditivo	Minori che frequentano l'ultimo anno della scuola materna

Azienda USL: INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE DA ATTIVARE ANNO 2003/2004			
ISTITUZIONI, ENTI, ASSOCIAZIONI O SERVIZI COINVOLTI O COOPERANTI	OPERATORI PUBBLICI	TIPO ATTIVITÀ, ARGOMENTO O PROGETTO	DESTINATARI
logopedisti Azienda USL od esperti esterni	/	"Disturbi di apprendimento"	Docenti delle Istituzioni Scolastiche non ancora coinvolte
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali	/	Progetto Sorriso	E' previsto il coinvolgimento degli studenti che frequentano l'Istituto d'Arte di Aosta
Azienda USL, Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali	Dipartimento di prevenzione	Presentazione dei dati emersi dalla campagna nazionale relativa alla rilevazione di dati antropometrici dei ragazzi delle scuole medie superiori	Gli incontri per la restituzione dei dati verranno organizzati nel corso dell'anno, con le istituzioni scolastiche interessate

Quadro B Consultorio

Consultorio adolescenti - Il Pangolo

Progetti elaborati e che verranno effettuati nell'anno scolastico 2002/03

- Progetto di educazione alla sessualità (classi III)
- Spazio d'ascolto
- Scuola Media St. Roch

- Progetto di educazione alla sessualità (classi II)
- Progetto di educazione alla salute (classi III)
- Liceo scientifico

- Progetto di educazione alla sessualità (classi III)
- Spazio d'ascolto (classi III e IV)
- Istituto per Geometri

- Progetto di educazione alla sessualità (classi III)
- Istituto per Ragionieri

- Progetto di Educazione alla salute (2 classi I, i classe TI)
- Progetto di Educazione alla salute (2 classi I)
- Scuola ISIP (ex IPR + ex Coordinata)

Attività dell'Assessorato Sanità, Salute e politiche sociali

Anche l'Assessorato della Sanità, Salute e politiche sociali è stato coinvolto nella prima azione di monitoraggio effettuata dal GIS.

Di seguito sono riportate le tabelle pervenute, che illustrano le varie attività

**Progetti finanziati con i fondi previsti dalla Legge 28 agosto 1997, n. 285 (Allegato 10)
"Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"**

Denominazione progetto	Ente proponente	Oggetto e target	Durata	Approvato con D.G.R. / P.D.
Centro ricreativo-educativo con ludoteca	Comune di Morgex	Bambini e adolescenti	triennale	P.D. n. 7409 del 29/12/1998
Centro ricreativo-educativo con ludoteca	Comune di Verrès	Bambini e adolescenti	triennale	P.D. n. 7409 del 29/12/1998
Progetto infanzia	Comune di Hône	Ludoteca 3/12	annuale	P.D. n. 7409 del 29/12/1998
L'alveare	Distretto scolastico n. 1	Ricerca-azione 6/11	triennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Tutti insieme	Comune di Hône	Spazio gioco e studio 3/6 6/11 11/15	triennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Baby club Grand-Paradis	Comunità montana Grand-Paradis	Spazio gioco 0/3 3/6 6/11	biennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Après-midi à la carte	Comunità montana Grand-Combin	Spazio gioco e studio 6/11 11/15	annuale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Centro educativo con ludoteca	Comune di Courmayeur	Spazio educativo per il tempo libero 6/11 11/15	triennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Centro anch'io	Comune di Sarre	Centro per adolescenti e genitori	biennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Ragazzi e adulti insieme nel tempo libero	Scuola media Einaudi e Saint Roch	Spazio per il tempo libero 11/15	annuale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
L'albero dai mille colori	Comunità montana Grand-Paradis	Dopo scuola assistito 11/15	annuale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Garderie	Comune di Charvensod	Garderie 0/3 3/6	annuale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Tempo vivo per l'adolescenza	Istituto magistrale L. Binet Verrès	Tempo libero 11/15 15/18	annuale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Centri educativi aggregativi per minori e famiglie	Comune di Aosta	Tempo libero e spazio educativo	triennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Mont Rose enfants	Comunità montana Monte Rosa	Tempo libero 6/11 11/15 15/18	triennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Insieme per ...	Comune di Valtournenche	Banca del tempo formazione genitori tempo libero 6/11 11/15 15/18	biennale	D.G.R. n. 306 del 07/02/2000
Spazio infanzia	Comunità montana Evançon	Garderie 0/3	annuale	Finanziato sul bilancio regionale
Sperimentazione di un servizio per le famiglie e la prima infanzia	Comune di La Thuile	Garderie 0/3	annuale	Finanziato sul bilancio regionale
Garderie d'enfance	Asilo infantile Cretier Joris	Garderie spazio gioco 0/3	biennale	Finanziato sul bilancio regionale
Cavanh	Ass. regionale Istruzione e Cultura	Formazione mediatori culturali / Minori	biennale	D.G.R. n. 1200 del 17/04/2000
Consultorio adolescenti	Ass. regionale Sanità, Salute e Politiche sociali	Spazio destinato agli adolescenti 13/20	biennale	D.G.R. n. 2635 del 07/08/2000
Passepartout	Comune di Saint Vincent	Centro giovani	triennale	D.G.R. n. 3286 del 09/09/2002
La famiglia competente	Comunità montana Valdigne	Sostegno genitoriale	triennale	D.G.R. n. 3286 del 09/09/2002
Apri il ventaglio	Comunità montana Monte Cervino	Attività scolastiche ed extrascolastiche / alunni 6/11 11/15	triennale	D.G.R. n. 3286 del 09/09/2002
Diamoci la mano	Istituzione scolastica Comunità montana Monte Emilius 1	Laboratori per alunni delle scuole elementari nel tempo mensa	triennale	D.G.R. n. 3286 del 09/09/2002
Centro per le famiglie	Comune di Aosta	Spazio di informazione e incontro per le famiglie	biennale	D.G.R. n. 3286 del 09/09/2002
Ragazzi al centro	Comunità montana Grand-	Centro per ragazzi 11/18	biennale	D.G.R. n. 3286 del

	Paradis			09/09/2002
Voglia di Ben essere	Comunità montana Monte Emilius	Spazi per genitori/figli	triennale	D.G.R. n. 3286 del 09/09/2002
Ben volersi	Comune di Châtillon	Prevenzione del comportamento non violento infanzia/adolescenza	biennale	D.G.R. n. 3286 del 09/09/2002

Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali - SERVIZIO SANITÀ TERRITORIALE

INIZIATIVE - ANNO 2002 -		
PROGETTO SORRISO	TITOLARE	Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
	ENTI COINVOLTI	Regione, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali - Assessorato Istruzione e Cultura - Azienda USL
	TEMA	Violenza sui minori
	DESTINATARI	Insegnanti, operatori dei servizi sociosanitari, popolazione
	ATTIVITÀ	Corsi di formazione - Collaborazione con IV classe ist. classico artistico di Aosta per la produzione di materia informativo
CONSULTORIO ADOLESCENTI	TITOLARE	Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
	ENTI COINVOLTI	Regione, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali - Assessorato Istruzione e Cultura - Azienda USL
	TEMA	Progetto Sperimentale
	DESTINATARI	Adolescenti 13-18
	ATTIVITÀ	Consulenza ginecologica, psicologica, sociale, andrologica, supporto alle scuole
GIORNATA DELLA PREVENZIONE	TITOLARE	Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
	ENTI COINVOLTI	Regione, Associazioni, Enti pubblici e privati che si occupano di prevenzione , Azienda USL, Polizia, etc.
	TEMA	Prevenzione legata agli stili di vita
	DESTINATARI	Scuole e cittadini
	ATTIVITÀ	Conferenze destinate a studenti
FORMAZIONE SULLA DISLESSIA	TITOLARE	Assessorato Istruzione e Cultura
	ENTI COINVOLTI	Regione, Azienda USL
	TEMA	Sindrome dislessica e discalculia
	DESTINATARI	Insegnanti e Operatori (logopedisti)
	ATTIVITÀ	Formazione 2 ^a fase
INCIDENTI DOMESTICI	TITOLARE	Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
	ENTI COINVOLTI	Regione, Azienda USL, Consulta Femminile
	TEMA	Educazione sanitaria
	DESTINATARI	Operatori degli Enti per definire programma
	ATTIVITÀ	Gruppi di lavoro
GUIDA E COMPORAMENTI A RISCHIO	TITOLARE	Proposta dell'Istituto Superiore di Sanità
	ENTI COINVOLTI	Regione, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, Assessorato Istruzione e Cultura
	TEMA	Comportamenti a rischio
	DESTINATARI	Gli studenti delle scuole superiori della Regione
	ATTIVITÀ	Rilevazione dati tramite questionari
SCREENING Uditivo	TITOLARE	Regione
	ENTI COINVOLTI	Regione, Azienda USL, ASPHI
	TEMA	Prevenzione ipoacusia
	DESTINATARI	Minori dell'ultimo anno delle scuole materne
	ATTIVITÀ	Screening audiologico computerizzato da realizzarsi nell'anno scolastico 2002/2003

La risorsa Volontariato

// CSV

Il CSV (Centro di Servizio per il Volontariato) della Valle d'Aosta⁶ opera come punto di riferimento e di coordinamento per il mondo dell'associazionismo dedito al volontariato. Possiede un sito Internet (www.csv.vda.it) che costituisce un vero e proprio portale per l'associazionismo nella Regione e si configura come la finestra d'accesso sul web per conoscere le esperienze delle organizzazioni di volontariato presenti sul territorio.

S riporta qui di seguito l'elenco delle Associazioni (molte delle quali collaborano già con la scuola) dedotto dal sito del CSV, dove sono presenti schede sintetiche di presentazione di ciascuna associazione ed i riferimenti per contattarla.

SETTORE SOCIOASSISTENZIALE

1	A.D.V.A. Associazione diabetici Valle d'Aosta
2	A.I.S.M. Associazione italiana sclerosi multipla
3	A.R.C.A.T. Associazione Regionale dei club degli Alcolisti in Trattamento - Valle d'Aosta
4	A.U.S.E.R. - Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà
5	A.V.P. - Associazione valdostana paraplegici
6	A.V.U.L.S.S. - Associazione per il volontariato nelle unità locali servizi sociosanitari
7	Alcolisti Anonimi - Associazione nazionale
8	Alzheimer Valle d'Aosta
9	ANTEA Valle d'Aosta Associazione nazionale terza età attiva
10	Association Saint Hilaire
11	Associazione La svolta - Le virage
12	Associazione valdostana famiglie portatori di handicap
13	Associazione Voce Amica
14	Caritas interparrocchiale Chatillon-Saint Vincent
15	Centro Aiuto alla Vita
16	Club Alcolisti in trattamento Aosta 1
17	Club Alcolisti in trattamento Chez nous
18	Club Alcolisti in trattamento Courmayeur
19	Club Alcolisti in trattamento Grand Combin
20	Club Alcolisti in trattamento Hône
21	Club Alcolisti in trattamento La Thuile
22	Club Alcolisti in trattamento Morgex
23	Conferenza di S. Vincenzo de' Paoli - San Vincenzo
24	Conferenza di S. Vinvenzo de' Paoli Maria Ss. Immacolata
25	Conferenza S. Giovanni della Cattedrale
26	Conferenza S. Vincenzo dé Paoli - S. Francesco
27	Conferenza S. Vincenzo dé Paoli - S. Orso
28	Conferenza S. Vincenzo de' Paoli - S. Paolo Apostolo
29	Conferenza San Vincenzo de' Paoli Saint Martin de Corleans
30	CVS - Centro Volontari della Sofferenza
31	DI.A.PSI Valle d'Aosta Difesa ammalati psichici
32	Diaconia
33	DIS.VAL
34	Girotondo - Associazione tra persone con difficoltà, operatori e amici
35	Gruppi Familiari Al-Anon
36	Gruppo Amicizia
37	Gruppo missionario parrocchia di Quart

⁶ CSV: Via Porte Pretoriane, 19 - 11100 Aosta Tel. 0165 230685 Fax 0165 368000

38	Il bruco e la farfalla. Associazione non a scopo di lucro per l'accompagnamento per le persone in fin di vita
39	Il germoglio
40	L'Amitié
41	Lega italiana per la lotta contro i tumori
42	OFTAL - Opera federativa trasporto ammalati Lourdes
43	Società di San Vincenzo de' Paoli
44	Società di San Vincenzo de' Paoli - S. Stefano
45	Telefono Amico - Servizio di ascolto telefonico
46	UILDM - Unione italiana lotta alla distrofia muscolare
47	UNITALSI - Unione nazionale italiana trasporto ammalati a Lourdes e santuari internazionali
48	VIOLA - Viviamo insieme offrendo lavoro e amore

SETTORE SANITARIO

1	A.V.I.S. - Associazione Volontari Italiani Sangue
2	ADMO - Associazione donatori midollo osseo
3	AIDO - Associazione italiana per la donazione degli organi
4	ALICE - Associazione lotta ictus cerebrale
5	ANED Comitato Valle d'Aosta
6	Les amis du coeur du Val d'Aoste
7	TANDEM per la qualità della vita degli asmatici e degli allergici - Onlus

SETTORE EDUCATIVO E CULTURALE

1	ANSPI - Oratorio Parrocchiale
2	Movimento per la vita - Aosta
3	Oratorio Parrocchiale ANSPI - St. Vincent
4	Oratorio Parrocchiale Frère Gilles

SETTORE PROTEZIONE CIVILE E SOCCORSO

1	Association Bénévole Valdotaïne d'Aide Médicale
2	Associazione nazionale Rangers d'Italia
3	Associazione Unità Soccorso e Ricerca
4	Associazione volontari del soccorso del Grand Saint Bernard
5	Associazione volontari del soccorso di Cogne
6	Associazione volontari del soccorso di Courmayeur
7	Associazione volontari del soccorso di Donnas
8	Associazione volontari del soccorso di Torgnon
9	Associazione volontari del soccorso Grand Paradis
10	Associazione volontari del soccorso Morgex-Pré -Saint Didier – La Salle
11	Associazione volontari del soccorso Secours et Solidarité
12	Associazione volontari del soccorso Valle di Champorcher
13	Comitato regionale UNICEF Valle d'Aosta
14	Croce Rossa Italiana
15	Croce Rossa Italiana
16	Croce Rossa Italiana
17	F.I.A.S. - Federazione italiana attività subacquee. Sez. provinciale di Aosta
18	Federazione Regionale delle Associazioni dei Volontari del Soccorso
19	Gruppo volontari protezione civile di Morgex
20	Pronto intervento Erste Einschereiten Comunità Montana Walser
21	Pronto soccorso e solidarietà sociale Verrès
22	Team Ricerca
23	Valle d'Aosta Motorsport
24	Volontari del soccorso della Valpelline
25	Volontari del Soccorso di Chatillon-Saint Vincent
26	Volontari del soccorso di Montjovet

27	Volontari del soccorso di Valtournenche
----	---

SETTORE IMPEGNO CIVILE E PROTEZIONE DEI DIRITTI

1	Centro Silvana Pomatto
2	Comitato regionale Valle d'Aosta per l'UNICEF
3	Progetto "Carcere e territorio"

SETTORE DIFESA E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO AMBIENTALE, ANIMALE

1	A.VA.PA. Onlus. Association valdotaine pour la protection des animaux
---	---

SETTORE PROGETTI NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

1	A.V.I.B. Associazione Valdostana Pro-Infanzia Brasiliana
2	Associazione di amicizia e scambio Italia Nicaragua
3	Associazione Nazionale di amicizia Italia - Cuba
4	Associazione volontari del soccorso Grand Paradis

Regione Autonoma Valle d'Aosta

Assessorato dell'Istruzione e Cultura
Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali
Azienda USL Valle d'Aosta

≈ ≈ ≈

ALLEGATI

al documento

“LINEE GUIDA

*per l'Educazione alla salute
in ambito scolastico”*

≈ ≈ ≈

**"GRUPPO TECNICO INTERISTITUZIONALE
PER LA DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA ED IL COORDINAMENTO DELLE
ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE IN AMBITO SCOLASTICO"**

**istituito presso la Sovrintendenza agli Studi
con Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta n. 3520 del 30.09.2002**

Sommario

<i>Allegato 1: La Carta di Ottawa (1986)</i>	3
<i>Allegato 2: La Dichiarazione di Jakarta (1997)</i>	8
<i>Allegato 3: La risoluzione del C. E. dell'O.M.S. (1998)</i>	12
<i>Allegato 4: I 21 Obiettivi Regionali dell'O.M.S. per l'Europa (1998)</i>	14
<i>Allegato 5: Estratti dal DPR 309/1990 (lotta alla droga)</i>	16
<i>Allegato 6: Circolare Ministeriale 9 aprile 1994, n. 120</i>	20
<i>Allegato 7: Direttiva Ministeriale 26 novembre 1998, n. 463</i>	26
<i>Allegato 8: Direttiva Ministeriale 3 dicembre 1999, n. 292</i>	30
<i>Allegato 9: Allegato 1 alla Direttiva Ministeriale n. 292</i>	36
<i>Allegato 10: Legge 28 agosto 1997, n. 285</i>	43
<i>Allegato 11: Sulle "Life Skills"</i>	47
<i>Allegato 12: Sulla "Peer Education"</i>	51
<i>Allegato 13: Scheda per monitoraggio</i>	57

Allegato 1: La Carta di Ottawa (1986)

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute

The Ottawa Charter for Health Promotion

1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute

17-21 novembre 1986

Ottawa, Ontario, Canada

La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta questa Carta per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre.

Questa Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni. La Conferenza si è basata sul progresso ottenuto grazie alla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata, al documento dell'O.M.S. sugli obiettivi della Salute per Tutti e al recente dibattito sull'azione intersettoriale a favore della salute svoltosi nell'Assemblea Mondiale della Sanità

La promozione della salute

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

Prerequisiti per la salute

Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali.

Sostenere la causa della salute

Una buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla. L'azione della promozione della salute punta a rendere favorevoli queste condizioni tramite il sostegno alla causa della salute.

Mettere in grado

La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. Tutto ciò comprende solide basi su un ambiente favorevole, sulla disponibilità di informazioni, su abilità personali e su opportunità che consentano di fare scelte sane. Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute. Ciò va applicato in egual misura agli uomini e alle donne.

Mediare

I prerequisiti e le aspettative per la salute non possono essere garantiti solo dal settore sanitario. Quel che più conta è che la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa. Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità. Per la ricerca della salute, i gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno l'importante responsabilità di mediare tra i diversi interessi presenti nella società. Le strategie e i programmi di promozione della salute dovrebbero essere adattati ai bisogni locali e alle possibilità dei singoli paesi e regioni, in modo da tenere conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

Strumenti d'azione della promozione della salute

Costruire una politica pubblica per la salute

La promozione della salute va al di là dell'assistenza sanitaria. Essa colloca la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e per far accettare le loro responsabilità nei confronti della salute.

Una politica di promozione della salute richiede che vengano identificati gli ostacoli all'adozione di politiche pubbliche per la salute nei settori non sanitari e i modi per superarli. Lo scopo deve essere quello di fare in modo che le scelte più sane siano quelle più facili da realizzare anche per coloro che compiono le scelte politiche.

Creare ambienti favorevoli

Le nostre società sono complesse e interdipendenti, e non è possibile separare la salute dagli altri obiettivi. Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida globale per il mondo, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e le comunità, è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale. La conservazione delle risorse naturali in ogni parte del mondo dovrebbe essere enfatizzata come una responsabilità globale.

I cambiamenti dei modelli di vita, di lavoro e del tempo libero hanno un importante impatto sulla salute. Il lavoro

e il tempo libero dovrebbero essere una fonte di salute per le persone. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli.

E' essenziale che venga svolta una sistematica valutazione dell'impatto che può avere sulla salute un ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia e all'urbanizzazione: tale valutazione deve essere seguita da azioni che garantiscano benefici alla salute delle persone. La protezione degli ambienti naturali e modellati dall'uomo, e la conservazione delle risorse naturali dovrebbero essere considerate in ogni strategia di promozione della salute.

Dare forza all'azione della comunità

La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Al cuore di tutto ciò vi è il processo che attribuisce un maggior potere alle comunità, vi è il possesso e il controllo da parte delle comunità stesse dei loro sforzi e dei loro destini.

Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per aumentare l'auto-aiuto e il supporto sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubblica sui temi della salute. Ciò richiede un pieno e continuo accesso alle informazioni, la possibilità di conoscere le opportunità di salute e un adeguato supporto finanziario.

Sviluppare le abilità personali

La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione e l'educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo, si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute. E' essenziale mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita, di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe e di saper fronteggiare le lesioni e le malattie croniche. Ciò deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della comunità. E' necessaria un'azione che coinvolga gli organismi educativi, professionali, commerciali e del volontariato, ma anche le stesse istituzioni.

Riorientare i servizi sanitari

La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute.

Il ruolo del settore sanitario deve andare sempre più nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi. I servizi sanitari hanno bisogno di adottare un mandato più ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali. Questo mandato dovrebbe sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana e stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e dell'ambiente fisico.

Il riorientamento dei servizi sanitari richiede anche una maggior attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell'insegnamento e nella formazione professionale. Tutto ciò deve portare a una modifica dell'atteggiamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, che devono ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza.

Entrare nel futuro

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di se stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute. Assistenza, olismo ed ecologia sono questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la promozione della salute. Quindi, le persone che sono coinvolte dovrebbero assumere come principio guida che in ciascuna fase della progettazione, realizzazione e valutazione della attività di promozione della salute gli uomini e le donne dovrebbero diventare partners alla pari.

L'impegno per la promozione della salute

I partecipanti a questa Conferenza si impegnano:

1. a intervenire nel campo della politica pubblica per la salute e a sostenere un chiaro impegno politico a favore della salute e dell'equità in ogni settore;
2. a contrastare le pressioni a favore dei prodotti dannosi, dell'impoverimento delle risorse, degli ambienti e delle condizioni di vita malsane, di una nutrizione inadeguata; al contrario, si impegnano a focalizzare attenzione su questioni di salute pubblica quali l'inquinamento, i rischi occupazionali, la questione dell'abitazione e degli insediamenti;
3. a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa per la salute; si impegnano inoltre a supportarle e a metterle in grado di mantenere sane se stesse, i familiari e gli amici (con mezzi finanziari o con altri mezzi) e ad accettare che la comunità sia una voce fondamentale sui temi della salute, delle condizioni di vita e del benessere;
4. a riorientare i servizi sanitari e le relative risorse verso la promozione della salute e a condividere il potere con altri settori, altre discipline e, cosa più importante, con le persone stesse;
5. a riconoscere che la salute e il suo mantenimento sono un importante investimento sociale e una sfida; a occuparsi del problema ecologico globale rappresentato dai nostri modi di vita.

La Conferenza esorta le parti interessate a unirsi nel loro impegno per una forte alleanza pubblica per la salute.

Appello per un'azione internazionale

La Conferenza invita l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre organizzazioni internazionali a sostenere la causa della promozione della salute in tutte le sedi appropriate e a supportare i diversi paesi nel mettere a punto strategie e programmi di promozione della salute.

La Conferenza è fermamente convinta che la Salute per Tutti entro l'anno 2000 comincerà a diventare una realtà se le persone di ogni ceto sociale, le organizzazioni non governative e di volontariato, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e tutti gli altri organismi coinvolti uniranno le loro forze per introdurre strategie che promuovono la salute in linea con i valori morali e sociali che stanno alla base di questa Carta.

Allegato 2: La Dichiarazione di Jakarta (1997)

La Dichiarazione di Jakarta introdurre la promozione della Salute nel 21° secolo

Premessa

La Quarta Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, dal titolo "Nuovi attori per una nuova era: portare la Promozione della Salute nel 21° secolo", tenutasi a Jakarta dal 21 al 25 giugno 1997 è giunta in un momento critico della pianificazione delle strategie internazionali a favore della salute.

Sono trascorsi quasi venti anni da quando gli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la Dichiarazione di Alma -Ata., si sono assunti l'ambizioso impegno di definire la strategia globale per la Salute per Tutti (Health for All) e i principi dell'assistenza sanitaria di base. Undici anni fa si è tenuta a Ottawa, in Canada, la Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, conclusasi con la stesura della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, che da quel momento è stata fonte di guida e di ispirazione per la promozione della salute. Altri incontri e conferenze, tenutisi successivamente, hanno ulteriormente chiarito la pertinenza e il significato dell'adozione di strategie chiave per la promozione della salute, comprendenti una sana politica pubblica (Adelaide, Australia, 1988) e gli ambienti favorevoli alla salute (Sundsvall, Svezia, 1991).

La Quarta Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute non solo è stata la prima conferenza organizzata in un paese in via di sviluppo, ma, per la prima volta, ha coinvolto il settore privato a supporto della promozione della salute. Essa ha rappresentato una occasione per riflettere su quanto si è appreso circa l'efficacia della promozione della salute, per riesaminare i fattori determinanti della salute e per individuare gli orientamenti e le strategie da adottare per indirizzare le sfide della promozione della salute nel 21° secolo.

I partecipanti alla Conferenza di Jakarta hanno stilato la presente Dichiarazione riguardante le iniziative da intraprendere per la promozione della salute nel terzo millennio.

La promozione della salute è un prezioso investimento

La salute è un diritto fondamentale dell'uomo ed è essenziale per lo sviluppo socioeconomico. Sempre più spesso la promozione della salute viene considerata un elemento fondamentale nella valorizzazione della salute. È un processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute, e di migliorarla. La promozione della salute, con investimenti e iniziative adeguati, influisce notevolmente sui fattori che la determinano, in modo da assicurare alle persone il maggior guadagno in salute, da contribuire sensibilmente a ridurre le iniquità riguardanti la salute, da promuovere i diritti umani e costruire il capitale sociale. L'obiettivo finale consiste nell'accrescere le aspettative di salute, colmando il divario esistente in questo ambito tra i vari paesi e i diversi gruppi.

La Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della Salute prospetta una visione e una attenzione nuove per la promozione della salute nel 21° secolo. Essa riflette la ferma determinazione dei partecipanti alla Quarta Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute a attingere a tutte le risorse disponibili per affrontare la questione dei fattori determinanti della salute nel 21° secolo.

I presupposti della salute: le nuove sfide

La pace, la casa, l'istruzione, l'assistenza sociale, le relazioni sociali, il cibo, il reddito, l'attribuzione di maggior potere alle donne, un ecosistema stabile, un uso sostenibile delle risorse, la giustizia sociale, il rispetto dei diritti umani e l'equità sono tutti requisiti indispensabili della salute. Tuttavia, la più grave minaccia che incombe sulla salute è soprattutto la povertà

Le tendenze demografiche, come l'urbanizzazione, l'incremento del numero degli anziani e l'alta prevalenza di malattie

croniche pongono problematiche nuove in tutti i paesi. Altri mutamenti sociali, comportamentali e biologici, come l'accresciuta sedentarietà, la farmaco-resistenza agli antibiotici e a altri farmaci comunemente usati, un aumento dell'abuso di sostanze stupefacenti, la violenza civile e familiare minacciano la salute e il benessere di centinaia di milioni di persone.

Malattie infettive, nuove e recrudescenti, e la maggior consapevolezza dei disturbi della salute mentale, richiedono una risposta urgente. È essenziale che gli approcci alla promozione della salute evolvano per far fronte ai mutati fattori determinanti della salute. La mondializzazione dell'economia, i mercati finanziari e il commercio, l'accesso quasi illimitato ai mezzi e alle tecnologie di comunicazione, il degrado ambientale conseguente a un uso irresponsabile delle risorse, sono fattori transnazionali che si ripercuotono in modo significativo sulla salute.

In tutto il mondo questi mutamenti danno forma ai valori delle persone, incidono sul loro stile di vita a qualunque età e sulle condizioni di vita in ogni parte del mondo. Laddove, però, alcuni di essi offrono grandi opportunità per la salute, il progresso delle telecomunicazioni, ad esempio, altri, come il commercio internazionale del tabacco, hanno ripercussioni negative considerevoli.

La Promozione della Salute fa la differenza

La ricerca e gli studi analitici condotti in diverse parti del mondo hanno provato in modo convincente l'efficacia della promozione della salute. Le strategie di promozione della salute contribuiscono, non solo, a migliorare e modificare lo stile di vita, ma si ripercuotono su quelle condizioni sociali, economiche, ambientali che determinano la salute. La promozione della salute è un approccio concreto per realizzare una maggiore equità nella salute.

Le cinque strategie enunciate nella Carta di Ottawa per la promozione della salute sono fondamentali per riuscire a :

- creare sane politiche pubbliche;
- creare ambienti favorevoli;
- rafforzare l'azione collettiva;
- sviluppare le capacità individuali;
- riorientare i servizi sanitari.

È ormai chiaramente dimostrato che :

- *gli approcci globali alla valorizzazione della salute sono i più efficaci*: gli approcci che si fondano su un utilizzo combinato delle cinque strategie hanno maggior efficacia rispetto agli approcci impostati secondo un unico orientamento;
- *ambienti organizzativi specifici*, quali le megalopoli, le isole, le città, i comuni, le comunità locali, i mercati, le scuole, il luogo di lavoro e le strutture sanitarie, *offrono opportunità pratiche di implementazione di strategie globali*;
- *la partecipazione è fondamentale per sostenere gli sforzi compiuti*. Le persone devono essere il fulcro intorno al quale sviluppare l'azione di promozione della salute e i processi decisionali e questo affinché entrambi siano efficaci;
- *conoscere meglio la salute favorisce la partecipazione*. L'accesso all'istruzione e all'informazione è essenziale per ottenere una reale partecipazione e responsabilizzare maggiormente i singoli e le comunità.

Queste strategie sono il perno della promozione della salute e riguardano tutti i paesi.

C'è bisogno di nuove risposte

Sono necessarie nuove forme di intervento per far fronte alle incombenti minacce alla salute.

In molti settori della società, nelle comunità locali e nelle famiglie è intrinsecamente racchiuso un enorme potenziale di promozione della salute e la sfida per gli anni a venire consisterà proprio nel tentativo di liberarlo.

Esiste la chiara necessità di andare oltre i tradizionali confini esistenti all'interno dei settori governativi, tra le organizzazioni governative e non, tra il settore pubblico e quello privato. Collaborare è essenziale: a tal fine è necessario avviare, tra i vari settori della società, nuove collaborazioni per la salute, su base paritaria, a tutti i livelli di governo.

Le priorità per la promozione della salute nel 21° secolo

1. Promuovere la responsabilità sociale per la salute

I decisori devono impegnarsi fermamente a agire con senso di responsabilità sociale. Sia il settore pubblico che quello privato dovrebbero promuovere la salute perseguendo politiche e attività che :

- evitino di danneggiare la salute degli individui;

- salvaguardino l'ambiente e assicurino un uso sostenibile delle risorse;
- limitino la produzione e il commercio di merci e sostanze dannose come il tabacco e gli armamenti, scoraggiando attività di commercializzazione malsane;
- tutelino il cittadino nel mercato e il singolo sul posto di lavoro;
- la integrino nella definizione delle politiche le valutazioni dell'impatto sulla salute focalizzate sull'equità.

2. Aumentare gli investimenti per incentivare la salute

In molti paesi gli attuali investimenti a favore della salute sono inadeguati e spesso insufficienti. Per moltiplicare gli investimenti in questo ambito è necessario adottare un approccio multisettoriale, attribuendo ad esempio maggiori risorse ai settori dell'istruzione, dell'edilizia abitativa e della sanità.

Investire di più nella salute e convogliare meglio gli investimenti già in atto, sia all'interno di ogni paese che tra paesi diversi, significa compiere significativi passi avanti nello sviluppo umano, nella salute e nella qualità di vita.

Gli investimenti nella salute dovranno anche essere espressione delle esigenze di gruppi di popolazione specifici, quali le donne, i bambini, gli anziani, gli indigeni, i poveri e gli emarginati.

3. Consolidare e ampliare il partenariato per la salute

La promozione della salute richiede che a tutti i livelli di governo vengano instaurati rapporti di partenariato tra i vari settori della società per l'incentivazione della salute e lo sviluppo sociale. È necessario rafforzare non solo i rapporti già esistenti, ma anche esplorare nuove possibilità di cooperazione. Il partenariato, attraverso la condivisione di conoscenze, di competenze e risorse, offre reciproci vantaggi per la salute, a patto che si tratti di un rapporto trasparente e responsabile, fondato su principi etici condivisi, sulla comprensione e il rispetto reciproci. Bisognerebbe aderire alle direttive dell'OMS.

4. Accrescere le capacità della collettività e responsabilizzare l'individuo

Nella promozione della salute le persone hanno un ruolo attivo e non passivo. Essa amplifica da un lato, la capacità dell'individuo di assumere l'iniziativa, dall'altro, quella dei gruppi, delle organizzazioni o delle comunità di influire sui fattori determinanti per la salute.

Tuttavia, per migliorare la capacità delle comunità di promuovere la salute è indispensabile fornire un insegnamento pratico, formare alla leadership e garantire l'accesso alle risorse.

La responsabilizzazione delle persone esige un accesso più costante e affidabile al processo decisionale, nonché delle conoscenze e competenze indispensabili per generare il cambiamento.

Sia i tradizionali mezzi di comunicazione, che i moderni mezzi di informazione fungono da supporto a questo processo. Le risorse sociali, culturali e spirituali devono essere convogliate in modo nuovo.

5. Garantire una infrastruttura per la promozione della salute

Per garantire un'infrastruttura per la promozione della salute è necessario trovare nuovi meccanismi di finanziamento a livello locale, nazionale e mondiale. Sarebbe opportuno mettere a punto degli incentivi che consentano di influenzare le azioni dei governi, delle organizzazioni non governative, delle istituzioni scolastiche e dell'imprenditoria privata per essere certi di aver massimizzato la mobilitazione delle risorse disponibili per la salute.

"Gli ambienti organizzativi per la salute" costituiscono il fondamento organizzativo dell'infrastruttura necessaria alla promozione della salute. A questo proposito, le nuove sfide impongono la creazione di nuove e diverse reti per la realizzazione di una collaborazione intersettoriale, che dovrebbero fornire assistenza reciproca, all'interno di uno stato e tra i diversi paesi, facilitando lo scambio di informazioni relative alle strategie rivelatesi efficaci e in quali ambienti organizzativi. Per supportare le attività di promozione della salute bisognerebbe incentivare l'acquisizione teorica e pratica delle capacità di gestione locale. Andrebbe inoltre incentivata l'attività di documentazione delle esperienze condotte nel settore della promozione della salute, tramite ricerche e rapporti di

progetto, per migliorare le fasi di programmazione, attuazione e valutazione.

Tutti i paesi dovrebbero sviluppare quei contesti politici, normativi, educativi e socio-politici, necessari a sostenere la promozione della salute.

Un appello all'azione

I partecipanti a questa conferenza si impegnano a condividere i contenuti essenziali della Dichiarazione di Jakarta con i rispettivi governi, le istituzioni e le collettività, a mettere in pratica le azioni proposte e a riferirne in occasione della Quinta Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute.

Per accelerare il cammino verso la promozione della salute globale, i partecipanti hanno approvato la creazione di una alleanza per la promozione della salute globale, il cui obiettivo consiste nel portare avanti le priorità di azione per la promozione della salute, sancite nella presente Dichiarazione.

Le priorità per l'alleanza mirano a :

- accrescere la consapevolezza del mutamento dei fattori determinanti per la salute;
- sostenere lo sviluppo di collaborazioni e di reti per l'incentivazione della salute;
- mobilitare le risorse per la promozione della salute;
- ampliare le conoscenze della prassi migliore;
- permettere l'apprendimento condiviso;
- promuovere la solidarietà nell'azione;
- favorire la trasparenza e la responsabilità pubblica nella promozione della salute.

I governi nazionali sono invitati a prendere l'iniziativa per incentivare e finanziare le reti di promozione della salute, all'interno del loro paese e tra paesi diversi.

I partecipanti chiedono inoltre all'OMS di assumere il ruolo di guida nella creazione di questa alleanza globale per la promozione della salute, mettendo gli stati membri in condizione di implementare i risultati di questa Conferenza. Alla Organizzazione Mondiale della Sanità spetterà inoltre fare in modo che i governi, le organizzazioni non governative, le banche di sviluppo, le organizzazioni aderenti al sistema delle Nazioni Unite, gli organismi interregionali, le agenzie bilaterali, i lavoratori e le cooperative, nonché il settore privato, si impegnino a portare avanti le priorità di azione per la promozione della salute.

Allegato 3: La risoluzione del C. E. dell'O.M.S. (1998)

sulla promozione della salute

Risoluzione del Comitato esecutivo dell'O.M.S.

sulla promozione della salute

Resolution of the Executive Board of the WHO on Health Promotion

24 gennaio 1998

Il Consiglio Esecutivo dell'O.M.S. ha adottato il 28 gennaio 1998, nel corso della 101^a sessione, una Risoluzione sulla promozione della salute, basata sulla Dichiarazione di Jakarta. La Risoluzione verrà sottoposta all'approvazione della prossima Assemblea Mondiale della Sanità che si svolgerà nel maggio 1998. È la prima volta che viene adottata una risoluzione simile sulla promozione della salute.

RISOLUZIONE DEL CONSIGLIO ESECUTIVO DELL'O.M.S.

Il Consiglio Esecutivo, dopo aver valutato il rapporto del Direttore Generale sulla promozione della salute, **RACCOMANDA** alla 51^a Assemblea Mondiale della Sanità di adottare la seguente Risoluzione.

La 51^a Assemblea Mondiale della Sanità, - richiamata la Risoluzione WHA42.44 sulla promozione della salute, l'informazione al pubblico e l'educazione sanitaria, e ricordato il risultato delle quattro Conferenze internazionali sulla promozione della salute (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jakarta, 1997); - riconosciuto che la Carta di Ottawa per la promozione della salute ha rappresentato una fonte di guida e di ispirazione in ogni parte del mondo per lo sviluppo della promozione della salute, attraverso cinque strategie fondamentali: costruire una politica pubblica per la salute, creare ambienti favorevoli, dare forza all'azione della comunità, sviluppare le abilità personali, riorientare i servizi sanitari; tenuto presente che oggi esiste una dimostrazione evidente che:

6. gli approcci globali che combinano insieme le cinque strategie sono i più efficaci;
 7. alcuni ambienti organizzativi quali le città, le isole, le comunità locali, i mercati, le scuole, i luoghi di lavoro e le strutture sanitarie offrono opportunità pratiche di implementare strategie globali;
 8. per essere efficaci, l'azione della promozione della salute e i processi decisionali devono porre al centro le persone;
 9. l'accesso all'istruzione e all'informazione è essenziale per ottenere una partecipazione efficace e per "attribuire maggiori poteri" alle persone e alle comunità;
 10. la promozione della salute è un "investimento chiave" e un elemento essenziale dello sviluppo della salute;
- consapevole delle sfide e dei determinanti della salute attuali, e della necessità di sviluppare nuove modalità d'azione per liberare il potenziale per la promozione della salute presente in molti settori della società, tra le comunità locali e nelle famiglie, adottando, ove possibile, un approccio basato su solide evidenze;
- riconosciuto che è sicuramente necessario superare le tradizionali barriere esistenti all'interno dei settori governativi, tra le organizzazioni governative e quelle non governative, e tra il settore pubblico e quello privato;
- confermate le priorità enunciate dalla Dichiarazione di Jakarta per la promozione della salute nel 21^o secolo;

1. ESORTA tutti gli Stati Membri:

- a. a promuovere una responsabilità sociale per la salute;
- b. ad aumentare gli investimenti per lo sviluppo della salute;
- c. a consolidare e ad espandere “accordi operativi per la salute”;
- d. ad accrescere le capacità della comunità e ad “attribuire maggior poteri” agli individui in materia di salute;
- e. a garantire una infrastruttura per la promozione della salute.

2. INVITA le organizzazioni delle Nazioni Unite, le organizzazioni e le fondazioni intergovernative e non governative, i donatori e l'intera comunità internazionale:

- a. a mobilitare gli Stati Membri e a assisterli nella realizzazione di queste strategie;
- b. a formare reti globali per la promozione della salute;

3. INVITA il Direttore Generale:

- a. ad accrescere la capacità dell'Organizzazione con quella degli Stati Membri per favorire lo sviluppo di città, isole, comunità locali, mercati, le scuole, luoghi di lavoro e strutture sanitarie che promuovono la salute;
- b. ad implementare strategie per la promozione della salute mirate a ogni età della vita, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili;

4. RICHIEDE al Direttore Generale:

- a. di guidare la costituzione di una alleanza per la promozione della salute globale e di mettere in grado gli Stati Membri di implementare la Dichiarazione di Jakarta;
- b. di supportare lo sviluppo della promozione della salute all'interno dell'Organizzazione

Allegato 4: I 21 Obiettivi Regionali dell'O.M.S. per l'Europa (1998)

BUTS RÉGIONAUX DE LA SANTÉ POUR TOUS

Adoptés par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa quarante-huitième session, Copenhague, septembre 1998

BUT EUROPÉEN 1 DE LA SANTÉ 21 – SOLIDARITÉ EN FAVEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION EUROPÉENNE : *D'ici 2020, l'écart actuel de santé entre les États membres de la Région européenne devrait être réduit d'au moins un tiers.*

BUT EUROPÉEN 2 DE LA SANTÉ 21 – ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ : *D'ici 2020, l'écart de santé entre groupes socioéconomiques dans les pays devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les États membres en améliorant nettement le niveau de santé des groupes défavorisés.*

BUT EUROPÉEN 3 DE LA SANTÉ 21 – DÉMARRER DANS LA VIE EN BONNE SANTÉ : *D'ici 2020, tous les nouveau-nés, nourrissons et enfants d'âge préscolaire de la Région devraient être en meilleure santé et démarrer ainsi dans la vie en bonne santé.*

BUT EUROPÉEN 4 DE LA SANTÉ 21 – SANTÉ DES JEUNES : *D'ici 2020, les jeunes de la Région devraient être en meilleure santé et mieux en mesure d'assumer leur rôle dans la société.*

BUT EUROPÉEN 5 DE LA SANTÉ 21 – VIEILLIR EN BONNE SANTÉ : *D'ici 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans devraient avoir la possibilité de jouir de tout leur potentiel de santé et de jouer un rôle actif dans la société.*

BUT EUROPÉEN 6 DE LA SANTÉ 21 – AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE : *D'ici 2020, il faudrait améliorer le bien-être psychosocial de toute la population et offrir des services complets et plus efficaces aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale.*

BUT EUROPÉEN 7 DE LA SANTÉ 21 – FAIRE RECULER LES MALADIES TRANSMISSIBLES : *D'ici 2020, il faudrait réduire considérablement l'impact négatif des maladies transmissibles sur la santé grâce à des programmes systématiques visant à éradiquer, éliminer ou endiguer certaines maladies infectieuses ayant une incidence importante sur la santé publique.*

BUT EUROPÉEN 8 DE LA SANTÉ 21 – FAIRE RECULER LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES : *D'ici 2020, il faudrait réduire le plus possible la morbidité, l'invalidité et la mortalité prématurée dues aux principales maladies chroniques dans la Région.*

BUT EUROPÉEN 9 DE LA SANTÉ 21 – DIMINUER LE NOMBRE DE BLESSURES DUES AUX ACTES DE VIOLENCE ET AUX ACCIDENTS : *D'ici 2020, il faudrait réduire de façon importante et durable le nombre des blessures, d'invalidités et de décès imputables aux accidents et aux actes de violence dans la Région.*

BUT EUROPÉEN 10 DE LA SANTÉ 21 – UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE SAIN ET SÛR : *D'ici 2015, la population de la Région devrait vivre dans un environnement physique plus sûr et l'exposition à des contaminants dangereux pour la santé devrait être ramenée à des niveaux ne dépassant pas des normes reconnues internationalement.*

BUT EUROPÉEN 11 DE LA SANTÉ 21 – ADOPTER DES MODES DE VIE PLUS SAINS : *D'ici 2015, tous les groupes de la population devraient avoir adopté des modes de vie plus sains.*

BUT EUROPÉEN 12 DE LA SANTÉ 21 – RÉDUIRE LES DOMMAGES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE ET LE TABAGISME : *D'ici 2015, les effets négatifs sur la santé résultant de la consommation de substances engendrant une dépendance, telles que le tabac, l'alcool et les médicaments et drogues psychotropes, devraient avoir été sensiblement réduits dans tous les États membres.*

BUT EUROPÉEN 13 DE LA SANTÉ 21 – CADRES FAVORABLES À LA SANTÉ : *D'ici 2015, les habitants de la Région devraient avoir des possibilités accrues de vivre dans un cadre physique et social favorable à la santé, chez eux, à l'école, sur leur lieu de travail et dans leur localité.*

BUT EUROPÉEN 14 DE LA SANTÉ 21 – RESPONSABILITÉ MULTISECTORIELLE POUR LA SANTÉ : *D'ici 2020, tous les secteurs devraient avoir reconnu et accepté leur responsabilité en matière de santé.*

BUT EUROPÉEN 15 DE LA SANTÉ 21 – SECTEUR DE SANTÉ INTÉGRÉ : *D'ici 2010, la population de la Région devrait avoir un bien meilleur accès à des soins de santé primaires axés sur la famille et le cadre local, soutenus par un système hospitalier souple et apte à faire face à diverses situations.*

BUT EUROPÉEN 16 DE LA SANTÉ 21 – GESTION AXÉE SUR LA QUALITÉ DES SOINS : *D'ici 2010, les États membres devraient faire en sorte que la gestion du secteur sanitaire, depuis les programmes orientés vers l'ensemble de la population jusqu'aux soins aux patients au niveau clinique, soit axée sur les résultats en matière de santé.*

BUT EUROPÉEN 17 DE LA SANTÉ 21 – FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET AFFECTATION DES RESSOURCES : *D'ici 2010, les États membres devraient s'être dotés de mécanismes viables de financement des systèmes de santé et d'affectation des ressources à ces derniers, reposant sur les principes d'égalité d'accès aux soins, d'efficacité en regard des coûts, de solidarité et de qualité optimale.*

BUT EUROPÉEN 18 DE LA SANTÉ 21 – AMÉLIORATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ : *D'ici 2010, tous les États membres devraient avoir fait en sorte que les professionnels de la santé et les professionnels d'autres secteurs aient les connaissances, l'état d'esprit et les compétences qui leur permettent de protéger et de promouvoir la santé.*

BUT EUROPÉEN 19 DE LA SANTÉ 21 – RECHERCHE ET UTILISATION DES CONNAISSANCES POUR LA SANTÉ : *D'ici 2005, tous les États membres devraient avoir mis en place des systèmes de recherche, d'information et de communication qui facilitent davantage l'acquisition des connaissances, leur utilisation effective et leur diffusion pour concourir à la Santé pour tous.*

BUT EUROPÉEN 20 DE LA SANTÉ 21 – RECRUTER DES PARTENAIRES POUR LA SANTÉ : *D'ici 2005, des alliances et des partenariats pour la santé, incluant les individus, les groupes et les organisations des secteurs public et privé, et la société civile, devraient avoir été constitués pour mettre en oeuvre des politiques de la Santé pour tous.*

BUT EUROPÉEN 21 DE LA SANTÉ 21 – POLITIQUES ET STRATÉGIES DE LA SANTÉ POUR TOUS : *D'ici 2010, tous les États membres devraient avoir adopté et mettre en oeuvre des politiques de la Santé pour tous aux niveaux national, régional et local, soutenues par des infrastructures institutionnelles et mécanismes de gestion appropriés et par une action novatrice de la part des dirigeants.*

Allegato 5: Estratti dal DPR 309/1990 (lotta alla droga)

TITOLO IX

INTERVENTI INFORMATIVI ED EDUCATIVI

Capo I

DISPOSIZIONI RELATIVE AL SETTORE SCOLASTICO

Art. 104.

(Legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 26, comma 1)

Promozione e coordinamento, a livello nazionale,
delle attività di educazione ed informazione

1. Il Ministero della pubblica istruzione promuove e coordina le attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcoolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate.

2. Le attività di cui al comma 1 si inquadrano nello svolgimento ordinario dell'attività educativa e didattica attraverso l'approfondimento di specifiche tematiche nell'ambito delle discipline curriculari.

3. Il Ministro della pubblica istruzione approva programmi annuali differenziati per tipologie di iniziative e relative metodologie di applicazione, per la promozione di attività da realizzarsi nelle scuole sulla base delle proposte formulate da un apposito comitato tecnico scientifico da lui costituito con decreto, composto da venticinque membri, di cui diciotto esperti nel campo della prevenzione, compreso almeno un esperto di mezzi di comunicazione sociale, e rappresentanti delle amministrazioni statali che si occupano di prevenzione, repressione e recupero nelle materie di cui al comma 1 e sette esponenti di associazioni giovanili e dei genitori.

4. Il comitato, che funziona sia unitariamente che attraverso gruppi di lavoro individuati nel decreto istitutivo, deve approfondire, nella formulazione dei programmi, le tematiche:

a) della pedagogia preventiva;

b) dell'impiego degli strumenti didattici, con particolare riferimento ai libri di testo, ai sussidi audiovisivi, ai mezzi di comunicazione di massa;

c) dell'incentivazione di attività culturali, ricreative e sportive, da svolgersi eventualmente anche all'esterno della scuola;

d) del coordinamento con le iniziative promosse o attuate da altre amministrazioni pubbliche con particolare riguardo alla prevenzione primaria.

5. Alle riunioni del comitato, quando vengono trattati argomenti di loro interesse, possono essere invitati rappresentanti delle regioni delle province autonome e dei comuni.

6. In sede di formazione di piani di aggiornamento e formazione del personale della scuola sarà data priorità alle iniziative in materia di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze.

Art. 105.

(Legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 26, comma 1)

Promozione e coordinamento, a livello provinciale,
delle iniziative di educazione e di prevenzione.

Corsi di studio per insegnanti e
corsi sperimentali di scuola media

1. Il provveditore agli studi promuove e coordina nell'ambito provinciale, la realizzazione delle iniziative previste nei programmi annuali e di quelle che possono essere deliberate dalle istituzioni scolastiche nell'esercizio della loro autonomia.

2. Nell'esercizio di tali compiti il provveditore si avvale di un comitato tecnico provinciale o, in relazione alle esigenze emergenti nell'ambito distrettuale o interdistrettuale, di comitati distrettuali o interdistrettuali, costituiti con suo decreto, i cui membri sono scelti tra esperti nei campi dell'educazione alla salute e della prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze nonché tra rappresentanti di associazioni familiari. Detti comitati sono composti da sette membri.

3. Alle riunioni dei comitati possono essere invitati a partecipare rappresentanti delle autorità di pubblica sicurezza, degli enti locali territoriali e delle unità sanitarie locali, nonché esponenti di associazioni giovanili.

4. All'attuazione delle iniziative concorrono gli organi collegiali della scuola, nel rispetto dell'autonomia ad essi riconosciuta dalle disposizioni in vigore. Le istituzioni scolastiche interessate possono avvalersi anche dell'assistenza del servizio ispettivo tecnico.

5. Il provveditore agli studi, d'intesa con il consiglio provinciale scolastico e sentito il comitato tecnico provinciale, organizza corsi di studio per gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado sulla educazione sanitaria e sui danni derivanti ai giovani dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché sul fenomeno criminoso nel suo insieme, con il supporto di mezzi audiovisivi ed opuscoli. A tal fine può stipulare, con i fondi a sua disposizione, apposite convenzioni

con enti locali, università, istituti di ricerca ed enti, cooperative di solidarietà sociale e associazioni iscritti all'albo regionale o provinciale da istituirsi a norma dall'art. 116.

6. I corsi statali sperimentali di scuola media per lavoratori possono essere istituiti anche presso gli enti, le cooperative di solidarietà sociale e le associazioni iscritti nell'albo di cui all'art. 116 entro i limiti numerici e con le modalità di svolgimento di cui alle vigenti disposizioni. I corsi saranno finalizzati anche all'inserimento o al reinserimento nell'attività lavorativa.

7. Le utilizzazioni del personale docente di ruolo di cui all'art. 14, decimo comma, della legge 20 maggio 1982, n. 270, possono essere disposte, nel limite massimo di cento unità, ai fini del recupero scolastico e dell'acquisizione di esperienze educative, anche presso gli enti e le associazioni iscritti nell'albo di cui all'art. 116, a condizione che tale personale abbia documentatamente frequentato i corsi di cui al comma 5.

8. Il Ministro della pubblica istruzione assegna annualmente ai provveditori agli studi, in proporzione alla popolazione scolastica di ciascuno, fondi per le attività di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze da ripartire tra le singole scuole sulla base dei criteri elaborati dai comitati provinciali, con particolare riguardo alle iniziative di cui all'art. 106.

9. L'onere derivante dal funzionamento del comitato tecnicoscintifico di cui all'art. 104 e dei comitati di cui al presente articolo è valutato in complessive lire 4 miliardi in ragione d'anno a decorrere dall'anno 1990. Il Ministro della pubblica istruzione con proprio decreto disciplina l'istituzione e il funzionamento del comitato tecnicoscintifico e dei comitati provinciali, distrettuali e interdistrettuali e l'attribuzione dei compensi ai componenti dei comitati stessi.

Art. 106.

(Legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 26, comma 1)

Centri di informazione e consulenza nelle scuole.

Iniziative di studenti animatori

1. I provveditori agli studi, di intesa con i consigli di istituto e con i servizi pubblici per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, istituiscono centri di informazione e consulenza rivolti agli studenti all'interno delle scuole secondarie superiori.

2. I centri possono realizzare progetti di attività informativa e di consulenza concordati dagli organi collegiali della scuola con i servizi pubblici e con gli enti ausiliari presenti sul territorio. Le informazioni e le consulenze sono erogate nell'assoluto rispetto dell'anonimato di chi si rivolge al servizio.

3. Gruppi di almeno venti studenti anche di classi e di corsi diversi, allo scopo di far fronte alle esigenze di formazione, approfondimento ed orientamento sulle tematiche relative all'educazione alla salute ed alla prevenzione delle tossicodipendenze, possono proporre iniziative da realizzare nell'ambito dell'istituto con la collaborazione del personale

docente, che abbia dichiarato la propria disponibilità. Nel formulare le proposte i gruppi possono esprimere loro preferenze in ordine ai docenti chiamati a collaborare alle iniziative.

4. Le iniziative di cui al comma 3 rientrano tra quelle previste dall'art. 6, secondo comma, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 416, e sono deliberate dal consiglio di istituto, sentito, per gli aspetti didattici, il collegio dei docenti.

5. La partecipazione degli studenti alle iniziative, che si svolgono in orario aggiuntivo a quello delle materie curriculari, è volontaria.

Allegato 6: Circolare Ministeriale 9 aprile 1994, n. 120

Oggetto: Attività di prevenzione primaria e di educazione alla salute: Progetto Arcobaleno - Progetto Ragazzi 2000 - Progetto giovani '93 - Progetto Genitori - Centri di informazione - Corsi di formazione

Introduzione

La presente circolare segue e richiama la C.M. 22 dicembre 1992, n. 362 che fornisce un quadro complessivo di riferimento culturale e didattico, amministrativo ed operativo, in materia di prevenzione e di educazione alla salute.

Nel contempo si rende noto che il comitato dei ministri nella seduta del 21 dicembre 1993, accogliendo le proposte di questo Ministero, ai sensi dell'art. 127, comma 1, del D.P.R. n. 309/1990, ha deliberato l'assegnazione di L. 24.350.000.000 al Ministero della Pubblica Istruzione per le attività di intervento a valere sul fondo nazionale per la lotta alla deroga.

Le attività finanziate, in base al piano presentato ed alle proposte del comitato tecnico scientifico (art. 104, comma 3, D.P.R. n. 309/1990, con imputazione allo stanziamento dell'esercizio finanziario 1993, utilizzabile nel corrente anno finanziario, riguardano:

- Progetto Arcobaleno, per attività e prevenzione e di educazione alla salute nelle scuole materne: L. 3.000.000.000
- Progetto Ragazzi 2000: L. 6.000.000.000.000
- Progetto giovani '93: L. 6.000.000.000
- Progetto Genitori: L. 3.500.000.000
- Centri di informazione e consulenza: L. 4.000.000.000
- Corsi di formazione per docenti referenti; attività di formazione per dirigenti e docenti della scuola dell'obbligo, operatori extra-scolastici; corsi di formazione per docenti che operano nei CIC: L. 2.000.000.000
- La scuola che promuove salute - Rete Europea di scuole pilota: L. 100.000.000
- Tobacco Education: L. 50.000.000.

In merito alla distribuzione dei suindicati fondi saranno emanate successive indicazioni; gli incontri e le iniziative a livello europeo saranno oggetto di ulteriori precisazioni. In relazione all'approvazione dell'iniziativa "Prima Conferenza Europea dei giovani" si conferma l'intendimento di realizzare tale conferenza prevista per la conclusione della prima fase del Progetto Giovani '93. A tale riguardo sono stati avviati i necessari contatti per l'organizzazione dell'incontro e per la migliore riuscita dell'iniziativa entro il mese di ottobre.

Nel contesto creato dalle più recenti innovazioni normative e culturali, la presente circolare offre contributi per la riflessione nel senso delle attività di prevenzione, nella consapevole certezza che il disegno generale della prevenzione del disagio a scuola e della promozione della salute permetta di individuare approcci culturali e permetta di individuare approcci culturali e percorsi operativi coerenti e flessibili, in rapporto ai concreti bisogni che si riscontrano nelle diverse realtà territoriali.

Per concludere le attività di educazione alla salute programmate in base alla C.M. n. 362/1992, si pregano le SS.LL. di utilizzare i fondi relativi all'E.F. 1992.

Riferimenti normativi

Nelle precedenti, richiamate direttive è stato ribadito che il disposto legislativo (T.U. approvato con D.P.R. n. 309/1990) vincola le scuole a progettare attività di educazione alla salute e di prevenzione delle diverse forme di dipendenza sulla base di puntuale progettualità d'istituto.

Dalle rilevazioni sin qui effettuate è emerso che, in ottemperanza alle indicate norme e direttive ministeriali, si è andato sviluppando un vivace, ampio e significativo arco di iniziative caratterizzate da valorizzazione della autonomia progettuale, flessibilità operativa, collegamento con le esigenze del territorio, crescente attenzione delle istituzioni ai bisogni dei soggetti discenti e delle famiglie, tensione verso esperienze di attiva partecipazione, visione evolutiva della funzione docente, valutazione dei risultati.

Restano, certamente, carenze ed inadempienze che questo Ministero con il più diffuso impiego delle risorse anche professionali esistenti con una più penetrante organizzazione delle verifiche, conta di evidenziare ulteriormente e superare.

Si può, tuttavia, rilevare come i processi avviati rientrino sostanzialmente nel quadro di riferimento normativo ed istituzionale posto dalla legge n. 537/1993 all'art. 4, laddove vengono fissati principi e criteri atti a perseguire l'autonomia delle istituzioni scolastiche, e come anzi possano riceverne forte e immediato impulso.

Costituiscono parte significativa ed integrante del presente quadro normativo di riferimento:

- Legge n. 216/1991 "Primi interventi in favore dei minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose";
- Legge n. 104/1992 "per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- D.L. n. 285/1992, art. 230, Nuovo codice della strada;
- le CC.MM.;
- C.M. n. 59/1991 "Utilizzo strutture scolastiche";

- C.M. n. 288/1993 "Interventi urgenti in materia di prevenzione e rimozione dei fenomeni e dispersione scolastica" con allegato D.M. applicativo;

- 302/93 "Educazione alla legalità";

- le proposte degli studenti, avanzate nella I conferenza nazionale di Roma.

L'integrazione delle iniziative di prevenzione: la prevenzione come dimensione trasversale dell'azione educativa

Il D.P.R. n. 309/1990 ha sollecitato la composizione tra istanze di tipo disciplinare e istanze di tipo trasversale attraverso l'approfondimento di tematiche specifiche nell'ambito delle discipline curriculari non disgiunte da attività culturali, ricreative e sportive, da svolgersi eventualmente anche all'esterno della scuola.

A questo scopo il M.P.I.:

- invita i singoli docenti e gli organi collegiali a elaborare i diversi segmenti di un complessivo progetto educativo d'istituto/circolo (P.E.I.), inteso come sintesi pedagogica delle scelte culturali, organizzative, operative che caratterizzano l'offerta formativa della scuola, e a tradurre tali scelte nella programmazione curriculare delle singole discipline e delle singole attività;

- sollecita l'integrazione dei servizi alla persona attraverso protocolli d'intesa tra enti e istituzioni aventi responsabilità in materia di prevenzione del disagio giovanile.

La strategia di una riprogettazione del "sistema scuola", aperto alla collaborazione con le forze operanti nell'extrascuola, è legata alle ragioni dell'educazione ed è tesa a riqualificare i contenuti, i tempi e gli spazi della scuola per la crescita personale e di abilità che siano conseguibili e verificabili, al di là ed oltre il successo nei singoli apprendimenti disciplinari.

Al fine di realizzare un'efficace integrazione delle varie iniziative introdotte nella scuola in diversi tempi allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza della scuola (nuovi programmi d'insegnamento, attenzione alle motivazioni, in rapporto alle condizioni di agio/disagio, e agli esiti di successo/insuccesso personale e scolastico), appare necessario che ogni scuola consolidi o istituisca una commissione per l'educazione alla salute, intesa in senso ampio, coordinata dal preside, che integri e valorizzi persone e funzioni orientate alle medesime finalità formative generali dell'istruzione scolastica.

In riferimento a tali finalità e al riflesso che queste hanno "trasversalmente" su tutta la vita della scuola (soggetti, discipline, relazioni, valori, contenuti, attività, tempi, spazi), risulta opportuno che a tale commissione partecipino non solo docenti, ma anche studenti e genitori, anche in coerenza con i diritti e i doveri precisati nella normativa delegata in corso di elaborazione.

Gli studenti delle scuole legalmente riconosciute possono partecipare alla progettazione e realizzazione di iniziative di educazione alla salute (Progetto Giovani e Progetto Ragazzi) previa intesa con le scuole statali del distretto che hanno la responsabilità delle iniziative stesse ed alle quali saranno assegnati i fondi secondo le iniziative previste.

Criteri per l'individuazione dei progetti di educazione alla salute

Si indicano di seguito i criteri guida generali che il Comitato tecnico provinciale, avvalendosi anche dei gruppi di lavoro previsti per il Progetto Giovani, potrà utilizzare per la scelta e il conseguente finanziamento dei progetti.

- Collegialità: gestione dei progetti condivisa da tutte le componenti scolastiche, rappresentate negli organi collegiali della scuola

- Protagonismo: partecipazione attiva dei bambini/ragazzi/adolescenti

- Globalità: attenzione all'insieme dei bisogni psicofisici e relazionali dei bambini/ragazzi/adolescenti

- Organicità e incisività: iniziative sistematiche, non episodiche, che abbiano un carattere di incisività nel contesto scolastico

- Ordinarietà: iniziative inserite nella quotidianità della vita scolastica

- Trasversalità: interdisciplinarietà, interconnessione tra ambiti disciplinari e formativi e tra i diversi campi di esperienza

- Interistituzionalità: collegamento con enti e agenzie diverse

- Verificabilità e processualità: predeterminazione dei modi e tempi di verifica e di valutazione.

Ogni progetto, inoltre, dovrà chiaramente indicare:

- le modalità di rilevazione dei bisogni;

- gli obiettivi specifici perseguiti, riferiti alle finalità generali della prevenzione primaria e alla promozione del benessere, integrabili con molti ambiti problematici e con diversi impegni istituzionali e professionali connessi con la funzione docente, quali ad esempio l'orientamento, l'educazione sessuale e la promozione delle pari opportunità, la lotta contro la dispersione scolastica, l'intervento su particolari situazioni a rischio;

- i percorsi formativi e metodologici;

- la verifica dei risultati attesi in termini di processi, esiti e modifica di comportamenti.

A tale riguardo si richiamano le indicazioni specifiche, per gli ambiti sopra espressamente richiamati, diramate da questo Ministero e che debbono confluire programmaticamente ed unitariamente nel P.E.I.

Articolazioni operative

Nel ribadire che l'amministrazione e tutte le scuole sono vincolate agli adempimenti previsti dalla legge sull'educazione alla salute ed all'attuazione di progetti di prevenzione primaria e di promozione della salute, si richiamano le articolazioni del sistema operativo esplicitato nella C.M. n. 362/1992 punto 4.

In particolare, al fine di rendere più incisiva l'azione di coordinamento a livello regionale delle attività sovrintendenti scolastici regionali avranno cura di elaborare, d'intesa con i provveditori agli studi e le segretarie tecniche regionali degli

ispettori, piani di interventi per la promozione, attuazione, valutazione e documentazione di progetti che comprendano più realtà istituzionali e scolastiche. Tale azione consentirà, altresì, la diffusione di esperienze significative già realizzate e dotate di un alto grado di trasferibilità.

Inoltre attraverso periodiche conferenze di servizio a livello nazionale e regionale, saranno convocati i docenti o capi d'istituto utilizzati per l'educazione alla salute, al fine di assicurare coesione e tenuta della rete di operatori impegnati a garantire la qualità delle attività di prevenzione primaria e promozione del benessere nonché ad assicurare periodiche verifiche.

Iniziative di educazione alla salute e di prevenzione primaria nella scuola L'attuazione degli indirizzi programmatici - elaborati da questo Ministero in tema di educazione alla salute - ha comportato da parte della scuola l'attivazione ed il sostegno di iniziative che hanno coinvolto tutte le componenti scolastiche.

Il grado di adesione e di partecipazione, nonché le tematiche trattate e gli apporti interistituzionali emergono dalle rilevazioni effettuate dall'Ufficio studi, bilancio e programmazione, Ufficio I, pubblicate nei numeri 6/93 e 1/94 degli Annali del M.P.I.

La qualità e i risultati delle iniziative intraprese suggeriscono l'opportunità di assicurare il carattere di continuità dei progetti, coinvolgendo nell'azione di prevenzione anche la scuola materna, data la particolare importanza della precocità della processualità degli interventi.

Progetto Arcobaleno per la scuola materna

La scuola materna viene inserita per la prima volta a tempo pieno nelle attività di prevenzione e di educazione alla salute con un progetto specifico che assume la denominazione di "Progetto Arcobaleno". Nel far rinvio al testo integrale del progetto, che verrà diramato con circolare a parte, in questa sede si ritiene opportuno illustrare le coordinate dell'iniziativa per evidenziarne gli aspetti che la collegano agli interventi assunti dagli altri ordini scolastici per l'educazione alla salute. Le attività che possono essere attuate nella scuola materna riguardano, soprattutto, la prevenzione primaria, intesa come identificazione tempestiva delle situazioni di rischio per una azione positiva, per eliminare quelle forme di disagio e di dipendenza su cui possono impiantarsi varie forme d'insuccesso e di devianza.

Il progetto di educazione alla salute nella scuola materna è connotato da una "visione complessivamente unitaria del bambino, dell'ambiente che lo circonda e delle relazioni che lo qualificano". Il D.M. 3 giugno 1991, nel consegnare alla scuola materna la sua nuova carta programmatica, ha più volte sottolineato l'impegno a lavorare per una nuova qualità della vita del bambino, da correlarsi al conseguimento di un migliore livello di vita della comunità in generale e degli adulti di riferimento in particolare. Pertanto i progetti di educazione alla salute dovranno essere espressione della partecipazione della scuola (capo d'istituto, insegnanti, personale non docente) delle famiglie e della comunità in senso lato (specialisti, animatori e operatori delle strutture per l'assistenza all'infanzia e di altre iniziative analoghe).

Le modalità specifiche di intervento dei "Progetti Arcobaleno" sono quelle tipiche della scuola materna: lucidità, operatività, attività esplorative, vita di relazione, ecc. Tutti gli insegnanti, qualunque ruolo e funzione svolgano, lavoreranno tra loro in gruppo ed in stretta collaborazione con i genitori, avvalendosi degli strumenti della programmazione educativa e didattica con gli apporti e le collaborazioni comunque reperibili (esperti, docenti universitari, servizi socio-sanitari, agenzie educative).

Al riguardo saranno utili iniziative di formazione che coinvolgono l'intera comunità educante, mobilitata a promuovere lo "star bene" del bambino. Tali iniziative, che si connoteranno come ricerca partecipativa, dovranno contenere adeguati spazi per l'aggiornamento, l'informazione, gli scambi di notizie, l'integrazione di competenze allo scopo di formulare prima e realizzare poi un progetto unitario che sia espressione della partecipazione di tutti.

Le singole scuole formuleranno i progetti tenendo conto dei seguenti parametri:

- a) bisogni di formazione e informazione delle famiglie, dei bambini e della comunità sociale;
- b) risorse umane e strutturali esistenti sul territorio;
- c) professionalità presenti (équipe, consulenti);
- d) iniziative di formazione comuni per docenti ed operatori;
- e) consulenze necessarie di sostegno al progetto.

I comitati tecnici provinciali esamineranno i progetti secondo criteri e procedure concordate, anche al fine della raccolta di informazione per il monitoraggio, il controllo e l'adattamento "in fieri" dei progetti stessi.

Progetto Ragazzi 2000

Il PR 2000 è stato promosso con la C.M. n. 240/1991 e trova nella C.M. 20 febbraio 1992, n. 47 e nella C.M. 22 dicembre 1992, n. 362 un ulteriore approfondimento. La tradizione didattica della scuola dell'obbligo in materia di educazione alla salute è di lungo periodo e più articolata, rispetto alle scuole superiori. Inoltre, la partecipazione degli scolari si pone, didatticamente, in modo diverso, rispetto agli adolescenti delle scuole superiori.

Le scuole elementari e medie hanno un rapporto più intenso e ravvicinato con i genitori e con l'ambiente. Esse inoltre stanno attuando notevoli innovazioni normative: i nuovi programmi e i moduli (legge n. 148/1990) e la C.M. 16 novembre 1992, n. 339 sulla continuità fra materne elementari e medie e le nuove schede di valutazione.

Sulla base delle opportunità e risorse ora descritte, l'obbligo di svolgere educazione alla salute e prevenzione primaria permette alle scuole di base, anche attraverso il PR 2000, di affrontare, nel quadro dell'autonomia, il progetto educativo

d'istituto/circolo, in modo da adeguare permanentemente l'offerta formativa della scuola alle reali e mutevoli esigenze della comunità (genitori, altre scuole, enti locali, associazioni culturali, ecc.) in cui la scuola opera.

Il tema della continuità verticale (tra curricula e gradi scolastici) e orizzontale (tra classi, tra istituzioni sul territorio) permette di frequentare, ricercare didatticamente, condividere culturalmente quegli obiettivi educativi trasversali che costituiscono una caratteristica dell'educazione alla salute e della prevenzione.

In particolare, al fine di rendere operativi gli obiettivi relativi alle istanze della continuità educativo-didattica, si suggerisce alle scuole di elaborare progetti e curricula di durata triennale (per esempio per il secondo ciclo della scuola elementare e per il triennio della scuola dell'obbligo, o per le ultime classi della scuola elementare).

Tale specifico piano di studi triennale dovrà rispondere ai bisogni che sono stati individuati anche con i genitori degli alunni stessi.

Inoltre, l'introduzione della nuova scheda di valutazione nella media ed il documento di valutazione nelle elementari impone nuovi rapporti tra attività curricolare e progetto educativo d'istituto/circolo, tra la valutazione didattica e la valutazione dell'organizzazione e dell'erogazione del servizio scolastico: le indicazioni individualizzate di insegnamento e di programmazione offrono ampie possibilità al PR 2000, nella prospettiva dell'integrazione degli interventi educativi e delle innovazioni normative.

Progetto Giovani '93 ed iniziative degli studenti (art. 106 del D.P.R. n. 309/1990)

Notevoli sforzi sono stati fatti, dagli studenti e dai docenti, per esplicitare la valenza preventiva delle discipline, operando una revisione metodologica e contenutistica delle stesse e dei programmi. Inoltre si sono approfondite le tematiche relazionali tra allievi, tra docenti e allievi (adulti e adolescenti), nella vita di classe.

In ulteriore attesa di una riforma della scuola secondaria superiore, il Progetto Giovani '93 consente di affrontare una serie di questioni didattiche e organizzative, facendo accumulare esperienze e competenze che garantiscono, sul territorio nazionale, docenti preparati a gestire le innovazioni che si stanno attuando nella scuola e ad affrontare le mutate esigenze ed i bisogni formativi dei giovani.

Con questo Progetto si dà legittimazione ai docenti che investono nella ricerca didattica, si aprono spazi di flessibilità organizzativa, di partecipazione attiva dei genitori e degli allievi, nella direzione dell'autonomia.

In particolare si chiede alle scuole di:

- favorire il raccordo tra attività curricolare ed extracurricolari che si intendono sviluppare e considerare le stesse come articolazioni di una unitaria strategia preventiva;
- valorizzare il ruolo attivo e propositivo degli studenti (C.M. n. 143/1993), favorendo gli incontri degli stessi attraverso un razionale utilizzo degli spazi dei tempi assembleari (assemblea di classe e di istituto);
- consolidare le iniziative attuate nel triennio pregresso;
- curare incontri sul territorio tra più scuole superiori, ma anche distrettuali o tra istituti vicini, "l'occupazione del territorio", l'uso di spazi da parte di giovani cittadini, con forme istituzionali che rendano visibile la scuola e la sua azione socio-culturale, è forma primaria di prevenzione.

Si richiamano a questo proposito le indicazioni operative e gestionali contenute nella C.M. n. 327/1990 e, nel ribadire le valenze di sintesi, di valorizzazione e di confronto delle esperienze connesse alla realizzazione degli incontri provinciali, aperti agli studenti delle scuole non statali, si auspica la più diffusa partecipazione dei giovani. Ai fini del finanziamento degli incontri, le SS.LL. si avvarranno dei fondi stanziati per il Progetto Giovani, capitolo di bilancio 1147, anno di esercizio finanziario 1992.

Nel ricordare infine come nell'ambito delle iniziative degli studenti il Progetto Giovani '93 rappresenti una proposta di modello operativo sperimentato ed efficace, si ritiene opportuno richiamare i commi 3 e 4 dell'art. 106 del D.P.R. n. 309/1990 in cui viene riconosciuta la facoltà a gruppi di almeno 20 studenti di presentare autonomamente al consiglio d'istituto progetti per attività preventive da svolgersi in tempi extracurricolari.

Considerate, infine, le prospettive di consolidamento e sviluppo del Progetto Giovani '93, il complesso delle iniziative che vi si riconducono saranno denominate in futuro Progetto Giovani 2000.

Centri di informazione e consulenza

L'elaborazione dei dati desunti dalle relazioni presentate dai provveditori agli studi, a seguito della richiesta formulata contestualmente alla C.M. n. 362/1992, lascia intravedere alcune letture circa le finalità sottese all'attivazione dei centri di informazione e consulenza.

Questi, nel concreto, tendono ad offrire ai giovani uno spazio di ascolto/comunicazione, un momento di progettualità condivisa, una risorsa di sostegno/supporto/informazione allo scopo di migliorare la qualità della vita scolastica impegnando il protagonismo dei giovani, crescendo la fiducia e la solidarietà nella scuola, facilitando il dialogo e la costruzione di rapporti positivi tra docenti, operatori extrascolastici, genitori e studenti.

Dall'indagine sopra citata, promossa dall'Ufficio studi, bilancio e programmazione e pubblicata nel n. 6/93 degli annali del M.P.I., sono emersi modelli organizzativi e gestionali estremamente diffusi, trattandosi di un'innovazione non semplice e non facile da gestire.

Giova ribadire che le attività di educazione alla salute, come attività scolastiche, sono innanzitutto da riferire agli obiettivi primari della scuola, più che a obiettivi sanitari e sociali, che riguardano solo indirettamente la scuola. Sono, quindi, attività che devono cercare prioritariamente di far funzionare meglio la scuola, più che porsi obiettivi di integrazione

sociale o di sostegno psicologico nei limiti sopraddeiti. Non è possibile prevenire il disagio, se si dimentica di promuovere il benessere scolastico.

In questa prospettiva il C.I.C. si costituisce come luogo di aggregazione istituzionale di diversi soggetti che si propongono di realizzare le varie attività di promozione della qualità della vita scolastica in una scuola aperta alla comunità

A tale proposito è utile ricordare che il D.P.R. n. 309/1990 prevede che gli enti locali propongano alla Presidenza del Consiglio dei ministri (tramite il Dipartimento per gli affari sociali) dei progetti di prevenzione per il mondo giovanile, per ottenere i relativi finanziamenti.

La scuola e gli enti territoriali, se operano in una logica sistematica, possono collaborare per predisporre un Progetto integrato di area in cui si realizzino la solidarietà e la sinergia necessarie a garantire il funzionamento integrato dei servizi alla persona. In questa prospettiva risulterà sempre più importante che il C.I.C. sia di fatto previsto ed inserito in un Progetto educativo d'istituto, allo scopo di realizzare gli opportuni collegamenti e gli scambi di informazioni e di risorse con il Progetto integrato d'area.

Progetto Genitori

Il Progetto Genitori, avviato con la C.M. n. 41/1992, ha raccolto le esigenze e le istanze maggiormente sentite sia dai genitori che dai docenti di integrare operativamente l'azione educativa della scuola con l'effettivo apporto delle famiglie. Tale progetto costituisce un'opportunità formativa offerta ai genitori per approfondire le tematiche e le problematiche relative allo sviluppo cognitivo, socio-affettivo e relazionale dei bambini/ragazzi/adolescenti e il rapporto genitori-figli-docenti.

E' la richiesta d'informazione e di scambio di esperienze relative a problemi educativi e psicologici, che caratterizza il bisogno dei genitori. Tale ruolo, non appreso e non insegnato che dalle esperienze personali di vita, richiede oggi un apporto e un sostegno informativo-formativo, per essere agito in modo più cosciente e consono alle richieste del sociale. Anche a livello di organizzazione delle Nazioni Unite, il 1994 è stato individuato quale "Anno internazionale della famiglia", a salvaguardia della stessa e dei suoi valori.

Di fatto i Progetti Genitori realizzati a tutt'oggi nella scuola hanno contribuito ad incentivare la partecipazione dei genitori agli organi collegiali, coinvolgendoli maggiormente nella vita scolastica, realizzando così una effettiva collaborazione tra scuola e famiglia.

Si invitano pertanto le scuole a procedere nell'attivazione di tali Progetti, anche a livello consorziale e/o distrettuale, avendo cura di privilegiare l'aspetto formativo e comunicativo dell'esperienza (lavori di gruppo), al fine di recuperare nella scuola e per la scuola anche preziose esperienze personali e competenze professionali.

Corsi per docenti referenti

Con la C.M. n. 66/1991 e la C.M. n. 47/1992 sono state già fornite le indicazioni per la formazione di docenti referenti per l'educazione alla salute. Attraverso tale scelta questo Ministero ha inteso costituire una rete territoriale di promozione del benessere e di prevenzione del disagio.

L'esperienza di questi ultimi due anni ha evidenziato difficoltà operative riconducibili sia all'interno dei collegi (scarsa collaborazione dei docenti con il referente per l'educazione alla salute, con relativa difficoltà d'avvio delle iniziative), sia ascrivibile alla modalità del personale.

La costituzione di un unico gruppo di lavoro -commissione di docenti interna alla scuola- con la partecipazione attiva del dirigente scolastico, potrà favorire l'individuazione e la promozione di iniziative, la definizione di responsabilità e partecipazione dei docenti alle stesse, nonché le funzioni propositive di collegamento e di tramite dell'informazione da parte del docente referente.

Risulta, inoltre, necessario prevedere una serie di incontri provinciali periodici, organizzati dai provveditori e dal comitato tecnico provinciale (D.P.R. n. 309/1990), dei docenti referenti, per effettuare un effettivo coordinamento territoriale delle politiche di educazione alla salute nella scuola.

Si pregano le SS.LL. di dare la massima diffusione alla presente circolare, perché siano tempestivamente informati i capi d'istituto, i docenti, gli studenti e i soggetti sociali con cui la scuola è chiamata a collaborare.

In particolare i capi d'istituto di ogni ordine e grado sono pregati di considerare l'opportunità di dedicare una riunione degli organi collegiali, nell'autonomia professionale loro riconosciuta dalla legge, alla riflessione sul contenuto della presente circolare.

Allegato 7: Direttiva Ministeriale 26 novembre 1998, n. 463

Linee di indirizzo per la presentazione, attuazione, monitoraggio e valutazione degli interventi di educazione alla salute da parte delle scuole di ogni ordine e grado e per lo svolgimento di attività di formazione

IL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

Visti gli artt 104 - 105 - 106 e 127 del DPR n. 309 del 9 ottobre 1990 sulle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza;
Vista la legge 19/7/1991 n. 216 relativa ai minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose;
Visto l'art. 2 della legge n. 496 dell'8 agosto 1994 di conversione in legge, con modificazioni, del D.L. n. 370 del 10 giugno 1994 recante interventi urgenti in materia di prevenzione e rimozione dei fenomeni di dispersione scolastica;
Vista la circolare ministeriale n. 257 del 9 agosto 1994 per la parte relativa all'indicazione dei criteri per l'avvio di piani operativi integrati interistituzionali;
Viste le circolari ministeriali n. 45 dell'8 febbraio 1995 e n. 325 dell'11 ottobre 1995 relative alle attività di prevenzione, di educazione alla salute e di lotta contro l'insuccesso scolastico;
Visto il protocollo di intesa stipulato tra il ministero della Pubblica Istruzione e l'Unione delle Province d'Italia il 15/12/1995;
Visto il protocollo di intesa stipulato tra il Ministero della Pubblica Istruzione e l'Associazione Nazionale Comuni d'Italia il 4/4/1996;
Visto il D.P.R. n. 567 del 10 ottobre 1996 che disciplina le iniziative complementari e le attività integrative nelle istituzioni scolastiche;
Vista la direttiva n. 331 del 28 maggio 1997 sulle azioni amministrative di Governo, emanata ai sensi dell'art. 14, comma 1 del Decreto Legislativo n. 29 del 3 febbraio 1993;
Vista la direttiva ministeriale n. 487 del 6 agosto 1997 relativa all'orientamento delle studentesse e degli studenti;
Vista la Legge n. 285 del 28 agosto 1997 recante disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e adolescenza;
Visto il D. Leg.vo n. 112 del 31 marzo 1998 che conferisce funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I° della Legge 15 marzo 1997 n. 59;
Visto il D.M. 29 maggio 1998 n. 251 che autorizza un programma nazionale di sperimentazione che consente alle istituzioni scolastiche di sviluppare gradualmente capacità di autorganizzazione;
Vista la direttiva ministeriale n. 252 del 29 maggio 1998 attuativa della Legge n. 440 del 18 dicembre 1997;
Visto il regolamento sullo statuto delle studentesse e degli studenti emanato con D.P.R. n.249 del 24 giugno 1998;
Visto il D.M. del 5 giugno 1998 del Ministro per gli Affari Sociali, registrato alla Corte dei Conti in data 21 settembre, registro n. 2 foglio n. 400, relativo al finanziamento dei progetti approvati;
Sentito il parere del comitato tecnico scientifico nazionale ai sensi dell'art. 104, commi 3 e 4 del DPR n. 309 del 9 ottobre 1990;
Considerato che la risposta ai bisogni della persona in formazione richiede che vengano raccordati gli interventi di prevenzione del disagio e dell'insuccesso scolastico con quelli della promozione della salute e del benessere anche con riferimento alle problematiche legate all'uso e all'abuso dei farmaci e dei cosiddetti integratori dietetici;
Considerato che la predetta finalità richiede il miglioramento complessivo della qualità dell'offerta formativa ed una integrazione delle risorse e degli interventi sul territorio promossi da Regioni, Enti Locali, soggetti pubblici e privati, associazioni ivi comprese quelle del volontariato;
Considerata la necessità di sostenere, a livello provinciale anche per le scuole non statali, l'attuazione di piani organici ed unitari di intervento, che assumano come fondamentale riferimento la centralità dei bisogni formativi di ciascuno studente e che valorizzino il ruolo sociale della famiglia;
Considerato che il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi fissati dalle disposizioni sopra citate deve avvenire sulla base delle linee di indirizzo determinate a livello nazionale e secondo criteri di trasparenza;

EMANA LA SEGUENTE DIRETTIVA

Art. 1

Ambiti e destinatari

a) Con la presente direttiva si forniscono linee di indirizzo per l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi volti a garantire lo sviluppo delle potenzialità di ogni alunno, la realizzazione del diritto alla piena scolarità e qualità dell'istruzione e della formazione ed il recupero delle situazioni che possono determinare comportamenti a rischio, abbandono precoce e dispersione. Tali interventi, finalizzati in particolare ai temi dell'educazione alla salute, della prevenzione delle tossicodipendenze ed al sostegno agli alunni delle aree maggiormente a rischio e destinati alle scuole di ogni ordine e grado, sono finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento degli Affari Sociali, con il

precitato D.M. del 5 giugno 1998, ai sensi del comma 1 dell'art. 127 DPR 309/90. Gli interventi di cui sopra, pur differenziandosi per modalità operative, strumenti o riferimenti normativi, devono integrarsi, come progetto unitario, nel complessivo piano dell'offerta formativa della scuola e trovare punti di ricaduta nel curriculum scolastico.

b) Per la realizzazione degli interventi oggetto della presente direttiva sono attribuiti ai provveditorati agli studi i finanziamenti tratti sugli appositi capitoli che saranno entro breve istituiti nel bilancio di questo ministero.

Art.2

I programmi e le attività

- Le presenti indicazioni si collocano nella nuova dimensione dell'autonomia che, con il D. Leg.vo n. 112/98 individua negli enti locali i soggetti con specifica competenza in ordine all'educazione degli adulti, all'orientamento, al contrasto della dispersione scolastica ed all'educazione alla salute.

Al Ministero spetta l'indicazione delle linee essenziali e dei criteri guida, mentre alle scuole compete la traduzione di tali linee in un progetto educativo e didattico, adeguato alle esigenze locali ed alle risorse disponibili, condiviso con altri soggetti significativi, istituzionali e del privato sociale, presenti sul territorio;

- il piano di interventi si articola in programmi e attività dedicate a specifiche e rilevanti questioni per rispondere in modo metodologicamente adeguato ai bisogni della persona in formazione:

1. Studentesse e studenti
2. Centri di informazione e consulenza
3. Famiglia
4. Programma formazione operatori scolastici
5. Monitoraggio delle attività realizzate nella scuola
6. Indagine sulle aree metropolitane per costruire mappe del disagio giovanile
7. Ricerca sullo stato d'attuazione delle educazioni.

Art. 3

La pluralità dei soggetti scolastici esistenti ed operanti a livello istituzionale e provinciale (comitati, gruppi di studio, osservatori) dovranno individuare e concertare coordinate di intervento che consentano di operare in forma sinergica con il nucleo di supporto all'autonomia e di sviluppare una metodologia di rete per la programmazione integrata e unitaria dei rispettivi interventi in ambito locale.

PROGRAMMA STUDENTESSE E STUDENTI

Il programma intende attivare una efficace prevenzione del disagio e della tossicodipendenza attraverso percorsi formativi individualizzati e nuovi modelli di progettazione definiti nel piano dell'offerta formativa, che, favorendo la consapevolezza di sé e la conoscenza del contesto socio-ambientale, sostengano le motivazioni alla crescita, promuovano l'affettività e la relazionalità, valorizzino le diversità

Pertanto nel complessivo programma d'istituto devono trovare organico collegamento gli interventi di educazione alla salute, quelli volti ad attuare l'orientamento ed il recupero scolastico nonché le iniziative complementari e le attività integrative.

Essi sono tutti finalizzati alla crescita della persona, alla valorizzazione delle esperienze personali, a promuovere l'appartenenza dei giovani alle istituzioni e, soprattutto nella scuola superiore, a sostenere la partecipazione ai processi di cambiamento effettivo della scuola attraverso il potenziamento del ruolo dei comitati, delle consulte provinciali e delle associazioni degli studenti.

La collocazione della promozione della salute negli ambiti curricolari, integrativi e complementari offre specifici contributi ai processi qualitativi dello sviluppo personale ed alla promozione del successo formativo.

La promozione della salute infatti:

- a) fornisce valenze preventive ai processi formativi;
- b) sostiene la traduzione delle conoscenze, delle competenze e dei crediti formativi acquisiti in stile di vita ed in scelte provvedute, valorizzando le valenze curricolari in termini di progettualità, autostima, scambio, dialogo, regolazione dei conflitti, condivisione costruttiva delle norme, consapevolezza, senso di appartenenza, spirito di accoglienza;
- c) può offrire strumenti di rilevazione e lettura delle forme di sofferenza personale che possono strutturarsi, se non acquisiscono risposte adeguate, in abbandoni ed in insuccessi formativi;
- d) fornisce ai processi della comunicazione complessa gli elementi di valorizzazione della persona e la include in una relazione di scambio efficace e partecipato;
- e) utilizza i processi e gli esiti dell'orientamento e della comunicazione complessa come riscontro dell'efficienza dell'azione preventiva che la caratterizza.

Destinatari:

Studentesse e studenti delle scuole di ogni ordine e grado.

Impiego delle risorse:

£ 7.942.759.000 destinati alle scuole di ogni ordine e grado

CENTRI DI INFORMAZIONE E CONSULENZA ED INIZIATIVE DI GRUPPI DI ALMENO 20 STUDENTI

Obiettivi:

- a) Attivare i CIC in tutte le sedi principali degli istituti secondari superiori e valorizzare le loro funzioni di informazione e consulenza adeguando progressivamente la complementarità di intervento tra operatori della scuola e operatori socio-sanitari ed attivando le più efficaci forme di comunicazione con il territorio.
- b) Offrire consulenze e sostenere la ricerca da parte del personale docente e delle famiglie su:
- fattori di rischio e fattori protettivi nella realtà concreta della propria scuola, del proprio ambiente e della famiglia;
 - dinamiche psico-sociali, culturali e di gruppo;
 - processi comunicativi ed attitudini dei giovani.
- c) Sostenere la capacità progettuale di gruppi di almeno 20 studenti, anche con riferimento alle attività complementari ed integrative di cui al DPR n. 567/96 per rafforzare:
- la conoscenza e la considerazione di sé;
 - la capacità di fruire delle gratificazioni del quotidiano che si possono trarre dalle relazioni interpersonali;
 - l'intelligenza emotiva che consente di finalizzare le emozioni alle competenze sociali, alla comunicazione con gli altri individui, a crescere nell'interazione tra pari;
 - l'affettività, nella dimensione della corporeità, della sessualità e dell'unitarietà mente-corpo;
 - la polarizzazione dell'aggressività e della progettualità verso impegni concreti e positivi;
 - l'autonomia, la responsabilità, la coscienza dei vincoli e dei limiti; - la capacità di distinguere il reale dal virtuale;
 - le esperienze che facilitano la comprensione delle diversità umane;
 - l'appartenenza alle istituzioni attraverso l'appartenenza alla scuola;
 - l'entusiasmo per la cultura ed il sapere come eredità delle generazioni del passato e come terreno per la costruzione del futuro attraverso esperienze concrete di cambiamento della scuola;
 - la capacità di stare nella comunicazione con l'acquisizione di strumenti culturali e capacità tecniche che possano facilitare la circolazione delle informazioni.
- d) Sostenere il funzionamento del gruppo di redazione nazionale di "studenti on line".

Destinatari:

Studentesse e studenti della scuola secondaria superiore:

I servizi dei CIC sono fruiti anche dalle famiglie e dal personale scolastico della scuola secondaria superiore e, compatibilmente con le risorse disponibili, anche dalle scuole dell'obbligo.

Impiego delle risorse

£ 4.964.224.000 per:

- istituzione o potenziamento dei CIC
- iniziative autonome di almeno 20 studenti
- servizio di consulenza e collaborazione a "Studenti on line" e materiale di documentazione (£50.000.000)

Punti di interconnessione all'interno di un quadro progettuale unitario:

- a) L. n. 216/91 sui minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose
- b) L. n. 496/94 sugli interventi in materia di prevenzione e rimozione dei fenomeni di dispersione scolastica
- c) L. n. 285/97 sulla promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e per l'adolescenza
- d) Direttiva 133 del 3 aprile 1996 e DPR 10 ottobre 1996 n.567.

PROGRAMMA FAMIGLIA: CORSI DI FORMAZIONE

Il programma si rivolge alla famiglia - così come oggi si configura per effetto delle trasformazioni socio-culturali ed in cui uno spazio sempre più ridotto è dedicato alle relazioni interpersonali - per migliorare i rapporti con la scuola, le istituzioni del territorio, le associazioni del volontariato e del privato sociale, al fine di sostenere il processo di autonomia e di sensibilizzazione sociale dei bambini e degli adolescenti e ridurre la vulnerabilità psico-biologica.

Tale finalità esige che sia riconosciuto un carattere di priorità agli interventi di formazione da realizzare nelle aree ad alto rischio formativo.

Elementi che devono caratterizzare i progetti:

- a) finalità;
- b) obiettivi e forme di intervento che si intendono realizzare per perseguirli;
- c) tematiche specifiche;
- d) destinatari;
- e) eventuali strutture di supporto e di assistenza sia nella fase di progettazione sia in quella di realizzazione;
- f) materiali da produrre e modalità per la loro diffusione;
- g) modalità di monitoraggio e valutazione;
- h) preventivo di spesa.

Destinatari:

Familiari dei bambini e degli adolescenti che frequentano le scuole di ogni ordine e grado.

Impiego delle risorse

£ 2.482.112.000 destinate alle scuole di ogni ordine e grado.

Le spese per ogni corso di formazione non possono superare £ 8.000.000

FORMAZIONE DEL PERSONALE SCOLASTICO

Il programma sostiene l'impianto e la strategia di tutto il piano di interventi e dovrà far convergere la varietà e la complessità delle risorse e delle professionalità presenti nel sistema scuola e nel territorio verso l'unicità del progetto educativo centrato sulla persona dello studente.

Obiettivi:

- a) sostegno all'azione dei dirigenti scolastici e docenti nell'organizzazione della didattica e dei servizi scolastici, finalizzati alla prevenzione del disagio giovanile, delle tossicodipendenze e della cultura delle sostanze dopanti;
- b) formazione dei docenti sulla centralità delle discipline:
 - analizzate in termini di valore formativo scandito in competenze e crediti formativi;
 - rielaborate in termini di essenzialità;
 - assunte come contributo prioritario, di competenza specifica della scuola, al processo di formazione della persona;
- c) offerta di strumenti atti a rilevare i fattori di rischio e valorizzare i fattori protettivi esistenti nella realtà concreta della scuola;
- d) assunzione e valorizzazione delle strategie di comunicazione del gruppo classe;
- e) sviluppo di competenze utili a costruire una rete di collaborazione e scambio tra docenti, famiglie, enti locali ed altre istituzioni, in un'area territoriale a rischio.

Destinatari:

Dirigenti scolastici e/o docenti e personale ATA delle scuole di ogni ordine e grado

Impiego delle risorse:

£ 1.985.690.000 destinate al personale scolastico delle scuole di ogni ordine e grado.

Il costo per ogni corso di formazione in servizio è di £ 8.000.000. Esso è determinato sulla base degli standard stabiliti a livello nazionale.

MONITORAGGIO

L'esigenza di attivare, a livello nazionale, iniziative di monitoraggio sui progetti e sulle attività indicate comporta la necessità di fornire strumenti alle scuole ed agli uffici scolastici per monitorare le attività realizzate ed analizzare i percorsi formativi degli studenti in modo da disporre di elementi di conoscenza sull'efficacia, sull'efficienza e sul grado di integrazione reciproca dei programmi realizzati. Nell'ambito di tale rilevazione rientrano:

- a) attività di educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze;
- b) attività di orientamento;
- c) corsi di formazione e aggiornamento;
- d) iniziative complementari ed attività integrative;
- e) attività di contrasto dell'abbandono scolastico.

INDAGINE SULLE AREE METROPOLITANE

D'intesa con il Dipartimento per gli Affari Sociali e secondo criteri definiti a livello nazionale e concordati con la Conferenza-Stato-Regioni e con la collaborazione degli IRRSAE, degli Uffici scolastici provinciali, degli Enti locali e con le Province interessate sarà realizzata un'indagine per costruire mappe del disagio giovanile nelle aree metropolitane allo scopo di consentire una migliore finalizzazione delle risorse disponibili ed attuare interventi perequativi.

RICERCA

Ricerca sullo stato di attuazione delle "educazioni" (salute, ambiente, stradale, alimentare, legalità..) previste da norme legislative e regolamentari, allo scopo di pervenire ad un riassetto delle medesime nel quadro dei principi costituzionali e di realizzare un valido modello pedagogico per prevenire e contrastare i fenomeni di devianza e coinvolgimento dei giovani nella criminalità organizzata.

Note conclusive

Si richiamano rispettivamente le disposizioni esplicitate nell' art. 3 (escluso i riferimenti di cui ai commi 1 e 6), nell'art. 4 (escluso i riferimenti di cui al comma 1) e nell'art. 8 (esclusi i riferimenti di cui ai commi 1 e 4) della direttiva 600/96 riguardo agli adempimenti dei Provveditori agli studi, agli adempimenti delle scuole ed alle istruzioni amministrativo-contabili. In particolare i Provveditori agli studi, entro tre mesi dalla disponibilità delle risorse assegnate, trasmetteranno a questo Ministero-Ispettorato Educazione Fisica e Sportiva - Coordinamento e gestione delle attività per gli studenti - l'elenco delle scuole di ogni ordine e grado e i rispettivi finanziamenti accordati, nonché i criteri di valutazione che hanno informato le scelte del Comitato Tecnico Provinciale.

Allegato 8: Direttiva Ministeriale 3 dicembre 1999, n. 292

ISPETTORATO PER L'EDUCAZIONE FISICA E SPORTIVA
Coordinamento e gestione delle attività per gli studenti
ex D.M. 114 del 9 marzo 1998

Prot. 9454/A1

Roma, 9 dicembre 1999

Ai Provveditori agli Studi Loro Sedi
Ai Sovrintendenti Scolastici regionali Loro Sedi
Al Sovrintendente Scolastico
per la provincia di Trento
Ai Coordinatori delle segreterie
regionali degli ispettori tecnici Loro Sedi

e p. c.

Alla Corte dei Conti-Ufficio Controllo
Atti Ministero P.I. Roma
Ai Presidenti degli IRRSAE Loro Sedi
Al Presidente della Biblioteca
di documentazione pedagogica Firenze
Al Presidente del Centro Europeo
dell'Educazione Frascati
Al Sovrintendente Scolastico
per la provincia di Bolzano
All'Intendente Scolastico
per la scuola in lingua tedesca Bolzano
All'Intendente Scolastico
per la scuola in lingua ladina Bolzano
All'Assessore alla P.I. della Regione
Autonoma della Valle d'Aosta Aosta
Al Sovrintendente agli Studi
della Regione autonoma della
Valle d'Aosta Aosta
Al Presidente della Giunta provinciale di Bolzano
Al Presidente della Giunta provinciale di Trento
All'Assessore alla P.I. della Regione
Siciliana Palermo
Alla Presidenza del Consiglio -
Dipartimento Affari Sociali Roma
Al Ministero dell'Interno Roma
Al Ministero di Grazia e Giustizia Roma
Al Ministero della Sanità Roma
Ai Direttori Generali e ai
Capi degli Uffici Centrali Loro Sedi

Oggetto: trasmissione direttiva n.292 del 3 dicembre 1999

Con l'unità direttiva si forniscono le linee essenziali ed i criteri guida per la presentazione, attuazione, monitoraggio e valutazione degli interventi di educazione alla salute da parte delle scuole di ogni ordine e grado e per lo svolgimento delle attività di formazione.

Tali progetti sono finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali - ai sensi dell'art. 1 della L. 45/99 e riguardano gli esercizi finanziari 1997/98/99. La misura complessiva degli stanziamenti, l'articolazione, il piano di riparto provinciale relativo a ciascun progetto ed attività sono indicati

rispettivamente nella tabella A e allegato 1 della presente direttiva.

Di seguito sono esplicitati gli aspetti che caratterizzano la presente direttiva:

- inclusione nel piano dell'offerta formativa degli interventi per l'educazione alla salute;
- integrazione territoriale con enti locali, aziende sanitarie e soggetti del privato sociale, in particolare le associazioni dei genitori, per la programmazione degli interventi, lo svolgimento delle attività e l'utilizzazione delle risorse;
- rafforzamento della cittadinanza e della partecipazione studentesca nella scuola secondaria superiore, anche con riferimento al D.P.R. 249/98;
- adempimenti dei Provveditori agli Studi e dei Comitati Tecnici Scientifici Provinciali in ordine a monitoraggio, verifica e valutazione dei progetti e dei risultati conseguiti.

Le assegnazioni dei predetti fondi saranno disposte con imputazione al capitolo 1381 di nuova istituzione, che sarà gestito sulle contabilità speciali.

Si è ritenuto opportuno trasmettere il testo della direttiva, pur in attesa della registrazione da parte della Corte dei Conti, affinché i Provveditori agli Studi possano predisporre le necessarie attività istruttorie.

Il Capo dell'Ispettorato
- Luigi Calcerano-

Direttiva Ministeriale n. 292

Roma, 3 dicembre 1999

Visti gli artt. 104 - 105 - 106 del DPR n. 309 del 9 ottobre 1990 sulle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza;
Vista la legge 19/7/1991 n. 216 relativa ai minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose;
Visto l'art. 2 della legge n. 496 dell'8 agosto 1994 di conversione in legge, con modificazioni, del D.L. n. 370 del 10 giugno 1994 recante interventi urgenti in materia di prevenzione e rimozione dei fenomeni di dispersione scolastica;
Vista la circolare ministeriale n. 257 del 9 agosto 1994 per la parte relativa all'indicazione dei criteri per l'avvio di piani operativi integrati interistituzionali;
Viste le circolari ministeriali n. 45 dell'8 febbraio 1995 e n. 325 dell'11 ottobre 1995 relative alle attività di prevenzione, di educazione alla salute e di lotta contro l'insuccesso scolastico;
Visto il protocollo di intesa stipulato tra il Ministero della Pubblica Istruzione e l'Unione delle Province d'Italia il 15/12/1995;
Visto il protocollo di intesa stipulato tra il Ministero della Pubblica Istruzione e l'Associazione Nazionale Comuni d'Italia il 4/4/1996;
Visto il D.P.R. n. 567 del 10 ottobre 1996 e successive modifiche e integrazioni, che disciplina le iniziative complementari e le attività integrative nelle istituzioni scolastiche;
Vista la direttiva ministeriale n. 487 del 6 agosto 1997 relativa all'orientamento delle studentesse e degli studenti;
Vista la Legge n. 285 del 28 agosto 1997 recante disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza;
Visto il D. Leg.vo n. 112 del 31 marzo 1998 che conferisce funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali, in attuazione del capo I° della Legge 15 marzo 1997 n. 59;
Visto il D.M. 29 maggio 1998 n. 251 che autorizza un programma nazionale di sperimentazione che consente alle istituzioni scolastiche di sviluppare gradualmente capacità di autoorganizzazione;
Visto il regolamento sullo statuto delle studentesse e degli studenti emanato con D.P.R. n.249 del 24 giugno 1998;
Vista la legge n. 45 del 18 febbraio 1999 recante disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga;
Visto il DPR n. 275 dell'8 marzo 1999 recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche;
Visto il D.M. n. 179 del 19 luglio 1999 sulla realizzazione del programma nazionale di sperimentazione dei piani dell'offerta formativa;
Vista la lettera circolare n. 194 del 4 agosto 1999 in applicazione della Legge n. 440 del 18 dicembre 1997;
Visto il D.M. 5 ottobre 1999 del Ministro per la Solidarietà Sociale, in corso di registrazione, relativo al finanziamento dei progetti approvati;
Visto il decreto del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica n. 198485 con il quale viene iscritto nello stato di previsione del Ministero della Pubblica Istruzione per l'anno finanziario 1999 l'importo di £ 47.086.000.000 iscritto al cap. 1381 da destinare alle attività di cui alla presente direttiva;
Sentito il parere del comitato tecnico scientifico nazionale ai sensi dell'art. 104, commi 3 e 4 del DPR n. 309 del 9 ottobre 1990;
Considerato che la risposta ai bisogni della persona in formazione richiede che vengano raccordati gli interventi

di prevenzione del disagio e dell'insuccesso scolastico con quelli della promozione della salute e del benessere anche con riferimento alle problematiche legate all'uso e all'abuso dei farmaci e degli integratori dietetici; Considerato che la predetta finalità richiede il miglioramento complessivo della qualità dell'offerta formativa ed una integrazione delle risorse e degli interventi sul territorio promossi da Regioni, Enti Locali, soggetti pubblici e privati, associazioni ivi comprese quelle del volontariato;

Considerata la necessità di sostenere, a livello provinciale anche per le scuole non statali, l'attuazione di piani organici ed unitari di intervento, che assumano come fondamentale riferimento la centralità dei bisogni formativi di ciascuno studente e che valorizzino il ruolo sociale della famiglia;

Considerato che il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi fissati dalle disposizioni sopra citate deve avvenire sulla base delle linee di indirizzo determinate a livello nazionale e secondo criteri di trasparenza;

EMANA

LA SEGUENTE DIRETTIVA

Art. 1

Ambiti e destinatari

- L'art. 104 del D.P.R. 309/90, ora ribadito dalla Legge 45/99, affida al Ministero della Pubblica Istruzione e alla Scuola due funzioni principali in ordine all'educazione alla salute e alla prevenzione delle dipendenze patologiche: quella informativa e quella educativa, da esplicare in modo continuativo e strutturale, attraverso programmi che si avvalgano degli strumenti ordinari dell'attività scolastica e mediante una azione concertata e condivisa con le agenzie socio-sanitarie del territorio.
- Con la presente direttiva si forniscono linee di indirizzo per l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi volti a garantire lo sviluppo delle potenzialità di ogni alunno, la realizzazione del diritto alla piena scolarità e qualità dell'istruzione e della formazione ed il recupero delle situazioni che possono determinare comportamenti a rischio, abbandono precoce e dispersione. Tali interventi - finalizzati ai temi dell'educazione alla salute, della prevenzione delle tossicodipendenze, con particolare riferimento alle droghe di sintesi, alla lotta all'abuso di farmaci e sostanze per l'incremento artificiale delle prestazioni sportive, ed al sostegno agli alunni delle aree maggiormente a rischio - sono destinati alle scuole di ogni ordine e grado e finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento degli Affari Sociali, con il precitato D.M., ai sensi dell'art. 1 della legge n. 45 del 18 febbraio 1999.
- Gli interventi di cui sopra, pur differenziandosi per modalità operative, strumenti o riferimenti normativi, devono integrarsi, come progetto unitario, nel complessivo piano dell'offerta formativa della scuola e trovare punti di ricaduta nel curriculum scolastico.
- Per la realizzazione degli interventi oggetto della presente direttiva sono attribuiti ai provveditorati agli studi i finanziamenti tratti sugli appositi capitoli istituiti nel bilancio di questo ministero.

Art.2

I progetti e le attività

- le presenti indicazioni si collocano nella nuova dimensione dell'autonomia scolastica e del D. Leg.vo n. 112/98, che individua negli enti locali i soggetti con specifica competenza in ordine all'educazione degli adulti, all'orientamento, al contrasto della dispersione scolastica ed all'educazione alla salute. Al Ministero spetta l'indicazione delle linee essenziali e dei criteri guida, mentre alle scuole compete la traduzione di tali linee in un progetto educativo e didattico, adeguato alle esigenze locali ed alle risorse disponibili, condiviso con altri soggetti significativi, istituzionali e del privato sociale, presenti sul territorio;
- il piano di intervento [riportato a pag. 36] si articola in progetti e attività dedicati a specifiche e rilevanti questioni per rispondere in modo metodologicamente adeguato ai bisogni della persona in formazione:

1. Progetto studentesse e studenti

2. Centri di informazione e consulenza

3. Progetto famiglia

4. Progetto formazione

5. Programma di ricerca e intervento per prevenire e ridurre fenomeni di dipendenza, devianza e psicopatologia nella scuola (Life Skills e Peer Education)

6. Espad: Progetto di ricerca per gli anni 2000, 2001, 2002 sul fenomeno della tossicodipendenza

7. Progetto finalizzato a stimolare gli adolescenti a rimuovere comportamenti a rischio mediante l'uso di nuove tecnologie della comunicazione (Provveditorato di Roma)

8. Prevenzione primaria delle tossicodipendenze nelle aree svantaggiate di tre tra le città italiane ritenute più a rischio

Art. 3

Programmazione integrata

- La pluralità dei soggetti scolastici esistenti ed operanti a livello istituzionale e provinciale (comitati, gruppi di studio, osservatori) dovranno individuare e concertare coordinate di intervento che consentano di operare in forma sinergica con il nucleo di supporto all'autonomia e di sviluppare una metodologia di rete per la programmazione integrata e unitaria dei rispettivi interventi in ambito locale.

Art. 4

Adempimenti del Provveditore agli Studi

- Il provveditore agli studi, ai sensi dell'art. 105 comma I del D.P.R. n. 309/90, promuove e coordina, nell'ambito provinciale, la realizzazione delle iniziative di cui all'art. 2 della presente direttiva attraverso apposite conferenze di servizio destinate ai capi di istituto, con la partecipazione degli ispettori tecnici, degli enti locali e dei soggetti pubblici e privati interessati.
- Nel corso delle conferenze di servizio il provveditore comunica alle scuole l'importo complessivo degli stanziamenti ricevuti da questo Ministero, distinti per ciascuno degli esercizi finanziari di riferimento.
- Nell'esercizio di tali compiti il provveditore si avvale del comitato tecnico provinciale e, ove necessario, di comitati distrettuali o interdistrettuali costituiti e composti secondo quanto previsto dal precitato art. 105 comma 2 del D.P.R. n.309/90.
- Ciascuna scuola, anche d'intesa con le altre scuole del territorio, predispone un progetto comprensivo di tutte le attività che si intendono realizzare e presenta i progetti redatti secondo le modalità di cui al successivo art. 5 al provveditore agli studi che, sentito il comitato tecnico provinciale, con proprio motivato decreto adotta il piano provinciale degli interventi, ove sono indicati i progetti approvati ed i relativi finanziamenti accordati.
- Sulla corretta e proficua realizzazione dei progetti compresi nel piano provinciale di cui al precedente comma, il provveditore esercita l'azione di vigilanza, monitoraggio, verifica e valutazione dei risultati.
- Il provveditore agli studi trasmette all'Ispettorato dell'Educazione Fisica e Sportiva - coordinamento e gestione delle attività per gli studenti - di questo Ministero la seguente documentazione :
 - entro tre mesi dalla disponibilità delle risorse assegnate, l'elenco delle scuole di ogni ordine e grado finanziate e le quote accordate a ciascuna, nonché i criteri che hanno informato le scelte del comitato tecnico provinciale;
 - al termine di ciascun anno scolastico, la relazione sullo stato di attuazione dei progetti e sui risultati conseguiti.

Art. 5

Adempimenti delle scuole

- Gli organi collegiali delle scuole di ogni ordine e grado, nell'esercizio dell'autonomia loro riconosciuta dalle norme vigenti e nell'ambito della complessiva progettazione curricolare ed extracurricolare, promuovono il più ampio coinvolgimento degli alunni e delle loro famiglie nella individuazione e nella realizzazione dei progetti di cui al precedente art. 2.
- I progetti devono contenere i seguenti elementi :
 - l'individuazione e l'analisi dei bisogni formativi degli studenti anche secondo un criterio di valorizzazione delle diversità di genere, di cultura, di competenze;
 - gli obiettivi, esplicitati anche in termini operativi;
 - l'identificazione di specifiche tematiche connesse ai problemi della salute - che tengano conto delle direttive e degli orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Consiglio d'Europa e dell'Unione Europea - da approfondire nell'ambito delle diverse discipline di insegnamento e delle attività extracurricolari;
 - le risorse professionali da utilizzare;
 - le metodologie di lavoro;
 - i tempi di svolgimento delle attività;
 - le modalità e gli strumenti di verifica e di valutazione dei risultati;
 - il preventivo di spesa.
- I capi di istituto presentano i progetti al competente provveditore agli studi secondo i tempi e le modalità dal medesimo indicati, previa delibera del collegio dei docenti per gli aspetti formativi, di organizzazione della didattica e pedagogici e del consiglio di istituto per le scelte generali di gestione e di amministrazione, tenuto conto delle proposte e dei pareri formulati dagli organismi e dalle associazioni, anche di fatto, dei genitori e, per le scuole secondarie superiori, dagli studenti. Nella delibera del consiglio di istituto deve essere contenuta la specifica approvazione del preventivo di spesa.
- Nella realizzazione dei citati progetti possono essere coinvolti gli alunni frequentanti le scuole non statali, senza attribuzione di finanziamenti diretti, in una dimensione di collaborazione e di attiva partecipazione.

Art.6

Istruzioni Amministrativo-Contabili

- Le scuole, sin dal momento della predisposizione dei progetti di educazione alla salute di cui al precedente art. 2, devono tener presente la consistenza degli stanziamenti loro comunicati dal competente provveditore agli studi;
- il preventivo di spesa relativo a ciascun progetto va redatto sulla base degli elementi e secondo le modalità di cui all'art.5 comma 2. Esso deve contenere l'indicazione dell'esercizio finanziario di riferimento.
- le spese devono costituire lo strumento finanziario necessario per lo svolgimento delle attività progettate, con una relazione diretta ed univoca tra attività e costi.

Esse possono riguardare :

- compensi per il personale docente impegnato nello svolgimento, con gruppi di alunni, di attività didattiche previste dal progetto, nella misura stabilita dal CCNL 26/5/1999 e dal CCNI 31/8/1999;
- prestazioni professionali specialistiche di esperti, in base ad uno specifico contratto di prestazione d'opera, per attività di consulenza, ivi compresa la relativa documentazione. Per la retribuzione di tali prestazioni non potrà essere superata la misura del compenso orario fissato per i docenti universitari dal decreto interministeriale n. 326 del 12/10/1995;
- visite di studio, incontri a livello nazionale e scambi culturali con paesi dell'Unione Europea, quali occasioni di approfondimento delle tematiche oggetto della presente direttiva;
- acquisto di attrezzature tecnico-scientifiche e didattiche strumentali alla realizzazione del progetto, ove l'istituzione scolastica ne sia sprovvista;
- noleggio e/o acquisto di materiale audiovisivo, didattico, librario, multimediale, teatrale, fotografico ed altro materiale necessario. Il noleggio è consentito solo nel caso di effettiva convenienza della relativa spesa.

Per gli acquisti ed il noleggio di cui sopra le istituzioni scolastiche si attengono alle istruzioni amministrativo- contabili contenute nel decreto interministeriale 28/5/1975, in particolare a quelle previste all'art. 34.

Possono essere inclusi nei preventivi di spesa anche compensi per attività di progettazione, intesa non come stesura di un programma di massima, ma come lavoro documentato che definisca il progetto secondo tutti gli elementi indicati al precedente art. 5 comma 2, con particolare riferimento al monitoraggio ed alla valutazione dei risultati conseguiti. Tale attività va inquadrata tra le prestazioni aggiuntive non di insegnamento. Per la misura dei relativi compensi si fa riferimento a quanto previsto dal CCNL 26/5/1999 e dal CCNI 31/8/1999.

- Per la realizzazione del progetto famiglia e dei corsi di formazione per docenti nei preventivi possono essere contenute le spese previste dalla C.M. n. 367 del 22/11/1991, dal D.I. n. 326 del 12/10/1995 e dalla C.M. n. 63 del 9/2/1996

Art. 7

Risorse finanziarie

Per realizzare i progetti e le attività di cui all'articolo 2 si provvede con le risorse finanziarie iscritte al cap. 1381 dello stato di previsione del ministero della Pubblica Istruzione per l'anno finanziario 1999.

IL MINISTRO
- L. Berlinguer -

Allegato 9: Allegato 1 alla Direttiva Ministeriale n. 292

1 ALLEGATO 1 1.1.1.2 1.1.1.3 Progetti finalizzati alla prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze promossi e coordinati dal Dipartimento per gli Affari Sociali d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione, approvati con decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale del 5 ottobre 1999:

1.1.1.4 PROGETTO STUDENTESSE E STUDENTI

L'incontro tra il mandato legislativo e la cultura strutturale dell'autonomia esige una decostruzione dell'educazione alla salute come contenitore indifferenziato e, mentre la vincola alla declinazione puntuale dei contenuti e delle relative modalità di elaborazione, ne riconduce gli interventi entro un quadro unitario progettuale tanto lontano dalle "campagne" quanto vicino ai compiti evolutivi specifici dei giovani che nell'esperienza scolastica impegnano tanto la dimensione cognitiva quanto quella affettivo-relazionale.

In questo contesto concettuale acquista pregnanza la funzione mediatrice dell'educazione, interposta strategicamente tra crescita e consapevolezza; ciò sostanzia l'affidamento della dimensione della salute anche alla scuola.

Obiettivi

L'obiettivo prioritario a livello di istituto è costituito dalla necessità di inserire in un quadro unitario di intervento le attività connesse alla promozione della salute, alla prevenzione del disagio, alle iniziative complementari e integrative.

Esso può essere perseguito attraverso:

- la individuazione di interventi finalizzati alla prevenzione del disagio e delle tossicodipendenze modulati sulle diverse fasce di età a partire dalla scuola materna ed improntati a contrastare situazioni socio-culturali capaci di sostenere in modo aspecifico condizioni a rischio;
- la definizione di un patto formativo con i singoli studenti che individui percorsi in cui siano coinvolti tutti i docenti del consiglio di classe e la famiglia;
- l'utilizzazione di tutti gli spazi offerti dalle discipline per far conoscere la complessità della struttura psico-fisica e relazionale del singolo individuo, per dare risposte ai bisogni della persona e per aiutarla a rapportarsi all'ambiente;
- la valutazione in senso formativo dell'apprendimento, in modo che lo studente capisca le proprie attitudini, i propri limiti, le proprie lacune colmabili, i propri errori contingenti. Il docente dovrà così motivare i giudizi in modo fondato e valutare con criteri facilmente comprensibili dagli allievi;
- la promozione della metodologia attiva di insegnamento e di apprendimento, facendo posto, accanto alla lezione frontale, ad altre strategie più coinvolgenti sul piano relazionale: lezione interattiva, lavori di gruppo, ricerca guidata individuale o di gruppo;
- l'impiego dei linguaggi non verbali come opportunità e strumento per conseguire competenze espressive e comunicative atte a sostenere la capacità dei soggetti di rappresentare in modo personale i contenuti dell'esperienza;
- la lettura delle esperienze delle comunità terapeutiche e l'approfondimento dell'oggettività delle informazioni sulle droghe per trarne efficaci stimoli per la pianificazione degli interventi di prevenzione;
- la definizione di un percorso formativo orientato alla cittadinanza studentesca e alla assunzione progressiva di responsabilità.

Destinatari

Studentesse e studenti delle scuole di ogni ordine e grado.

Organizzazione

Il provveditore agli studi provvede alla ripartizione dei fondi sulla base dei criteri elaborati dai comitati tecnici provinciali e secondo le modalità indicate al precedente art. 4. Ciascuna scuola nell'ambito del piano dell'offerta formativa di istituto elabora progetti operativi che consentano la realizzazione delle finalità e degli obiettivi indicati nel presente progetto.

Le scuole secondarie superiori nella fase di progettazione devono coinvolgere gli studenti.

Impiego delle risorse

£ 18.000.000.000 per progetti triennali da imputare sull'esercizio finanziario 1997.

Le voci di spesa per lo svolgimento dei progetti da parte delle scuole sono indicate al precedente art. 6.

CENTRI DI INFORMAZIONE E CONSULENZA

L'incontro tra la scuola e il sociale, indispensabile per un corretto funzionamento dei Centri di informazione e consulenza, richiede una condivisa definizione di obiettivi, strumenti analizzatori e operazionali, in cui ogni soggetto sociale sia portatore non soltanto di una opzione teorica o di un punto di vista valoriale, ma soprattutto di una assunzione del reale da angolature progettuali differenziate in ragione delle rispettive funzioni istituzionali.

Obiettivo specifico di tale incontro può essere la costituzione di un raccordo sistematico e continuativo tra servizi territoriali, scuola e università in attività di ricerca a sostegno della programmazione, realizzazione e valutazione di interventi che attuino forme di cittadinanza attiva. Non si tratta pertanto di meri interventi di etero-valutazione, ma di

percorsi organici in cui gli operatori dei servizi e, tendenzialmente, i soggetti protagonisti della vita scolastica partecipano alla definizione degli obiettivi, delle aree di intervento e alla costruzione degli itinerari operativi, anche avvalendosi della ricerca - azione.

Entro questo quadro di collaborazione vanno ricollocati i termini della ricomposizione tra il sociale e l'educativo, che possono essere declinati attraverso i tre momenti della Cittadinanza (sogettivazione - socializzazione) - Informazione (dimensione cognitiva) - Consulenza (orientamento). Tali istanze, se per un verso chiamano in causa la capacità di interconnettere norme, istituzioni, soggetti e attività, per l'altro richiedono di riconsiderare le modalità di esercizio dell'interlocuzione degli adolescenti con le figure adulte di riferimento e spingono a valutare l'opportunità che all'interno delle unità scolastiche o delle reti di scuole, venga istituito un servizio che, sostenendo tali interconnessioni, consolidi l'esercizio dell'informazione e della consulenza e la orienti verso la crescita personale e sociale. In tale proposta, gli analizzatori interni alla scuola e quelli esterni possono trovare un punto d'incontro in una programmazione integrata, fortemente ancorata ai bisogni e alle risorse del territorio e attenta alle sinergie istituzionali. Ciò deve significare innanzitutto costruire e declinare culturalmente le coordinate fondamentali di una alleanza tra i giovani e gli adulti promotiva di salute e capace di valorizzazione della persona, entro le dimensioni del tempo scolastico che, comunque si configuri (curricolare, integrativo o complementare), deve considerarsi attività formativa a tutti gli effetti.

Finalità

Organizzare i CIC in modo da facilitare la comunicazione sul territorio, anche con l'ausilio di reti telematiche, tra ASL, enti locali, altri soggetti pubblici, le associazioni del volontariato e del privato sociale, per

§ offrire a studenti, operatori scolastici e famiglie informazioni e assistenza per prevenire il disagio, le tossicodipendenze e le patologie correlate;

§ favorire l'esercizio pieno della cittadinanza studentesca, valorizzando a livello provinciale e nelle singole scuole il ruolo delle Consulte e dei comitati studenteschi;

§ promuovere la costituzione di una aggregazione umana e relazionale che coinvolga giovani ed adulti in un livello di interlocuzione alta con il territorio.

Obiettivi

• Potenziare i CIC degli istituti secondari superiori;

• valorizzare le funzioni di informazione e consulenza, in particolare su

- fattori di rischio e i fattori protettivi nella realtà concreta della propria famiglia, della propria scuola, del proprio ambiente

- le dinamiche psicosociali, culturali e di gruppo

- i processi comunicativi e le attitudini interiori dei giovani;

• adeguare progressivamente la complementarità d'intervento tra operatori della scuola e operatori socio-sanitari;

• attivare le più efficaci forme di comunicazione con il territorio, anche attraverso l'uso di reti telematiche;

• favorire e rafforzare, anche attraverso specifiche attività di formazione, il senso di appartenenza alla scuola e alle istituzioni da parte degli studenti;

• sviluppare forme di "cittadinanza studentesca";

• sostenere la capacità progettuale di gruppi di almeno venti studenti, come previsto dal DPR 309/90.

Destinatari

Studentesse e studenti della scuola secondaria superiore.

I servizi dei CIC sono fruiti sia dalle famiglie sia dal personale scolastico nella scuola secondaria superiore e, compatibilmente con le risorse disponibili, anche dalle scuole dell'obbligo.

Organizzazione

I provveditori agli studi promuovono nell'ambito provinciale la realizzazione delle iniziative di cui all'art.106 del DPR 309/90, avvalendosi del comitato tecnico provinciale. Attraverso apposite conferenze di servizio destinate ai capi di istituto, il Provveditore comunica l'importo complessivo degli stanziamenti ricevuti nonché le priorità di intervento per l'istituzione dei centri di informazione e consulenza in tutti gli istituti di istruzione di secondo grado. Tali priorità sono stabilite attraverso accordi organizzativi con i servizi pubblici per l'assistenza sociosanitaria ai tossicodipendenti.

A livello di scuola il dirigente scolastico deve organizzare i servizi dei CIC con l'attiva partecipazione del comitato studentesco ed il coinvolgimento delle famiglie e del personale docente e ATA.

Ai vari livelli territoriali deve essere dato impulso al collegamento dei CIC con le Consulte provinciali degli studenti, le Regioni, gli Enti Locali, le agenzie pubbliche e private del territorio. In particolare per quanto riguarda la lotta all'abuso di farmaci e sostanze per l'incremento artificiale delle prestazioni sportive, i centri potranno collaborare anche con le strutture periferiche e nazionali del Coni e degli enti promozionali.

Impiego delle risorse

£ 10.000.000.000 per progetti e servizi di durata triennale da imputare sull'esercizio finanziario 1999 per:

- istituzione o potenziamento dei CIC

- iniziative autonome di almeno 20 studenti

PROGETTO FAMIGLIA

Il Ministero della Pubblica Istruzione intende affrontare il problema specifico della prevenzione primaria delle tossicodipendenze coinvolgendo i genitori degli allievi che frequentano la scuola attraverso incontri sistematici e iniziative particolari loro dedicate.

L'ipotesi di partenza, ormai scientificamente provata, è che l'ambiente familiare abbia un peso rilevante - sia in senso positivo che negativo - nei comportamenti di disagio giovanile e, specificamente, in quei comportamenti che facilitano l'accesso alla tossicodipendenza. Da qui l'idea di predisporre interventi ed iniziative che, avendo l'ambiente scolastico come punto di riferimento, possano caratterizzarsi come momento di convergenza di tutti gli operatori che hanno una competenza ed un ruolo nella prevenzione e possano coinvolgere i genitori come interlocutori privilegiati in uno specifico e concreto discorso educativo.

Obiettivi del progetto

- a) creare una intesa solidale e permanente fra operatori scolastici, genitori ed operatori sociali, volta a studiare ed a fronteggiare il fenomeno della "dipendenza" così come si configura nel comportamento giovanile e nelle diverse realtà locali ;
- b) aumentare la competenza e la sensibilità pedagogica dei genitori attraverso l'acquisizione di consapevolezza riguardo ai comportamenti infantili e adolescenziali ;
- c) favorire interventi coordinati, solidali e congiunti da parte di quanti hanno una responsabilità educativa nei confronti delle giovani generazioni;
- d) migliorare i rapporti con la scuola, le istituzioni del territorio, le associazioni del volontariato e del privato sociale, al fine di sostenere il processo di autonomia e di sensibilizzazione sociale dei bambini e degli adolescenti e di ridurre la vulnerabilità psicobiologica;
- e) aumentare negli adolescenti la percezione del rischio riguardo alle sostanze d'abuso.

Elementi che devono caratterizzare i progetti:

- a) finalità;
- b) obiettivi e forme di intervento che si intendono realizzare per perseguirli;
- c) tematiche specifiche;
- d) destinatari;
- e) eventuali strutture di supporto e di assistenza sia nella fase di progettazione sia in quella di realizzazione;
- f) materiali da produrre e modalità per la loro diffusione;
- g) modalità di monitoraggio e valutazione;
- h) preventivo di spesa.

Destinatari:

Familiari dei bambini e degli adolescenti che frequentano le scuole di ogni ordine e grado.

Organizzazione:

I progetti potranno essere proposti dai genitori che fanno parte del consiglio d'istituto/circolo, dei consigli di classe/interclasse anche su iniziativa di gruppi informali di genitori, ovvero dalle associazioni di genitori riconosciute.

I progetti deliberati dal consiglio di circolo o di Istituto sono inviati ai provveditori agli studi per l'assegnazione dei fondi. Sarà considerata prioritaria l'attivazione di progetti che coinvolgano più scuole associate. Alla realizzazione del progetto potranno partecipare e collaborare enti pubblici e privati presenti sul territorio, associazioni del volontariato e comunità terapeutiche.

Impiego delle risorse

Costituiscono voci di spesa la progettazione, organizzazione e gestione dei corsi di formazione.

L'importo complessivo è di £ 4.000.000.000 destinati alle scuole di ogni ordine e grado. I costi per la realizzazione sono da imputare sull'esercizio finanziario 1999.

PROGETTO FORMAZIONE

E' questo il settore in cui il Ministero della Pubblica Istruzione si sente prioritariamente impegnato per la formazione degli operatori che nell'ambito dei servizi alla persona espletino funzioni di promozione della salute e prevenzione delle tossicodipendenze. Inoltre, allo scopo di garantire la tenuta dell'intera operazione è prevista la realizzazione di **tre** seminari di studio per i docenti ed i capi d'istituto utilizzati presso gli uffici scolastici provinciali.

Tali seminari rappresenteranno un momento importante nell'iter formativo di questi docenti, specialmente in materia di progettazione e di valutazione delle esperienze.

2 CORSI PER DOCENTI

Obiettivi

I corsi rappresenteranno una situazione formativa per promuovere e/o consolidare nei partecipanti:

- la conoscenza dei risultati e degli orientamenti della ricerca educativa in materia di educazione alla salute (sia a livello nazionale che internazionale);
- la conoscenza dei bisogni formativi dei giovani
- le competenze per promuovere progettualità dentro la scuola

- le competenze per aiutare i colleghi a rivedere le proposte culturali e formative dell'istituto, tenendo conto della specificità dell'indirizzo e/o del tipo di scuola e delle priorità formative dei giovani che frequentano la scuola
- lo sviluppo di capacità di porsi in rete con la famiglia e le altre istituzioni
- l'assunzione e valorizzazione delle strategie di comunicazione del gruppo classe.

Programma

I^ FASE: la condizione giovanile

- problemi e prospettive
- i cambiamenti socio-economici culturali attuali e correlazioni con le condizioni a rischio
- la progettualità dei giovani studenti: come rendere protagonisti i giovani del loro processo di apprendimento
- come progettare e gestire situazioni formative che sappiano trarre dalle consuete attività curriculari le ispirazioni per la tutela della salute
- l'azione del docente che esplica la funzione obiettivo di servizio agli studenti: promozione, coordinamento, tenuta e controllo delle iniziative
- definizione di forme di ricerca-azione da sviluppare nel contesto delle diverse realtà operative
- valutazione delle iniziative di educazione alla salute
- tecniche di documentazione delle iniziative realizzate

II^ FASE: l'educazione alla salute

- normativa in materia di educazione alla salute con particolare approfondimento delle leggi 162/90 e 45/99
- i risultati e le prospettive della ricerca nazionale e internazionale
- educazione alla salute e danni dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope
- esame del fenomeno criminoso derivante dal commercio della droga nonché dei suoi effetti a livello locale
- incontri con operatori pubblici per la prevenzione delle tossicodipendenze.

Modalità operative

Ø informazione di esperti

Ø lavoro di gruppo assistito da esperti metodologi

Ø lavoro personale o in piccoli gruppi

Ø momenti di intergruppo

La formazione prefigurata è rivolta agli insegnanti che espletano la funzione obiettivo riferita agli interventi e servizi per gli studenti.

Seminari di studi e formazione per i docenti che operano a livello provinciale

Costituisce un'integrazione funzionale alla gestione della suddetta struttura reticolare di base, la formazione dei docenti responsabili delle politiche giovanili utilizzati presso gli uffici scolastici provinciali e direttamente coinvolti nella promozione dell'educazione alla salute.

Per tali figure, a valere sui fondi richiesti, all'interno dell'attuale programma si prevede di effettuare **tre** seminari nazionali residenziali al fine di:

v garantire la tenuta dei processi attivati

v realizzare analisi comparate di esperienze internazionali in tema di promozione della salute

v ridefinire, alla luce delle esperienze pregresse, nuove linee programmatiche di intervento

v elaborare collegialmente linee guida sulla valutazione degli interventi

v definire le più efficaci tecniche di documentazione a sostegno della continuità degli interventi

Il primo seminario sarà esteso anche ai docenti che operano all'interno delle comunità terapeutiche (DPR309/90 art.105).

Ciascun seminario avrà la durata di tre giorni, 24 ore per ogni seminario per complessive 72 ore.

Destinatari del progetto formazione:

Docenti delle scuole di ogni ordine e grado.

Dirigenti scolastici e/o docenti utilizzati nei provveditorati agli studi e presso le comunità terapeutiche.

Impiego delle risorse:

£ 3.400.000.000 da imputare sull'esercizio finanziario 1997, sono destinati ai corsi di formazione per il personale delle scuole di ogni ordine e grado.

£ 600.000.000 sono destinati alla realizzazione di tre seminari nazionali.

PROGRAMMA DI RICERCA E INTERVENTO PER PREVENIRE E RIDURRE FENOMENI DI DIPENDENZA, DEVIANZA E PSICOPATOLOGIA NELLA SCUOLA (LIFE SKILLS E PEER EDUCATION)

L'organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l'importanza di introdurre nella scuola una attenzione mirata alla promozione delle competenze psicosociali, cioè delle abilità che mettono la persona in grado di fronteggiare in modo efficace le richieste e le sfide della vita quotidiana, mantenendo un livello di benessere psicologico elevato e sviluppando attitudini positive e adattive nell'interazione con gli altri, nel rapporto con il proprio ambiente sociale e con la propria cultura.

Pur costituendo un repertorio aperto e variabile, tali competenze possono essere elencate nel modo seguente:

- processi di decisione
- problem solving

- pensiero creativo
- pensiero critico
- comunicazione efficace
- capacità di relazioni interpersonali
- auto-consapevolezza
- empatia
- gestione delle emozioni
- gestione dello stress

Tali LIFE SKILLS si configurano come abilità che i giovani possono acquisire e consolidare con l'apprendimento e l'esercizio e che possono essere inserite in una serie di programmi concreti ed efficaci, sia volti alla promozione di specifiche attitudini, sia destinati a sostenere più in generale processi educativi di base.

Si tratta, inoltre, di verificare se la promozione delle competenze psicosociali di base, oltre a sostenere, percorsi di qualificazione dei curricula scolastici, possa favorire percorsi di promozione della cultura della cittadinanza e della partecipazione nella scuola, anche attraverso la sperimentazione e l'adattamento delle metodologie d'intervento sottese all'attuazione di forme di peer education.

Il progetto intende promuovere esperienze pilota di introduzione sistematica della "life skills education" nella scuola, come strumento di educazione alla competenza psicosociale e promozione della salute, mediante una ricerca-intervento/ricerca-azione coordinata a livello tecnico-scientifico da un Comitato scientifico nazionale presso il Ministero della Pubblica Istruzione.

OBIETTIVI

Realizzare presso le istituzioni scolastiche di 19 Provveditorati agli studi - Arezzo, Bologna, Chieti, Cremona, Crotone, Cuneo, Imperia, Lecce, Matera, Milano, Oristano, Padova, Ragusa, Reggio Calabria, Roma, Sassari, Trapani, Venezia, Vercelli - una esperienza pilota sulla formazione alle "life skills" nella scuola nonché verificare la validità della peer education in ambito formativo.

DESTINATARI

Alunni:

Gruppo sperimentale: 250 studenti di due o tre istituti secondari superiori delle 19 Province indicate (classi II e III).

Gruppo di controllo: 250 studenti circa provenienti dagli stessi istituti, con caratteristiche di omogeneità rispetto alle condizioni del gruppo sperimentale.

Insegnanti

L'iniziativa è rivolta, in linea di massima, agli insegnanti delle classi coinvolte direttamente nei percorsi di ricerca, ma, soprattutto nella fase di formazione, è possibile prevedere momenti più allargati.

Dirigenti delle Istituzioni scolastiche coinvolte nella sperimentazione.

Personale ATA delle scuole coinvolte.

La **Consulta Provinciale degli Studenti** elaborerà le più adeguate forme di informazione e di sensibilizzazione riguardo al carattere innovativo di questa sperimentazione e della sua effettiva incidenza rispetto alla promozione della partecipazione studentesca.

ORGANIZZAZIONE

La sperimentazione sarà attuata dagli Uffici scolastici provinciali. Agli stessi sono assegnati i fondi necessari allo svolgimento dei compiti di progettazione, formazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del progetto "Life skills - Peer education".

RISORSE

£ 1.850.000.000 da imputare sull'esercizio finanziario 1997.

PROGETTO FINALIZZATO A STIMOLARE GLI ADOLESCENTI A RIMUOVERE COMPORTAMENTI A RISCHIO MEDIANTE L'USO DI NUOVE TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE

Il progetto, presentato dal Provveditorato agli Studi di Roma, è destinato a facilitare l'inserimento o il reinserimento nei percorsi formativi dei giovani che hanno problemi d'uso e abuso di stupefacenti o sostanze psicotrope.

RISORSE

£ 1.300.000.000 da imputare sull'esercizio finanziario 1997.

ESPAD: PROGETTO DI RICERCA PER GLI ANNI 2000, 2001, 2002 SUL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA

Il progetto è promosso dal Dipartimento degli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Le aree territoriali di coordinamento del campione da coinvolgere nella fase di organizzazione funzionale dello studio sono, per motivi legati alla distribuzione geografica delle diverse zone di campionamento, quelle di Rimini, Firenze e Benevento.

RISORSE

£ 936.000.000 da imputare sull'esercizio finanziario 1998.

PREVENZIONE PRIMARIA DELLE TOSSICODIPENDENZE NELLE AREE SVANTAGGIATE DI TRE CITTÀ ITALIANE

Il progetto, promosso dal Dipartimento degli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, avrà carattere sperimentale e sarà localizzato in tre aree urbane: Torino, Bari e Napoli.

RISORSE

£ 7.000.000.000 da imputare sull'esercizio finanziario 1997.

Allegato 10: Legge 28 agosto 1997, n. 285

Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 207 del 5 settembre 1997

Art. 1.

(Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza)

1. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, privilegiando l'ambiente ad esse più confacente ovvero la famiglia naturale, adottiva o affidataria, in attuazione dei principi della Convenzione sui diritti del fanciullo resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176, e degli articoli 1 e 5 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

2. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Una quota pari al 30 per cento delle risorse del Fondo è riservata al finanziamento di interventi da realizzare nei comuni di Venezia, Milano, Torino, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Brindisi, Taranto, Reggio Calabria, Catania, Palermo e Cagliari. La ripartizione del Fondo e della quota riservata avviene, per il 50 per cento, sulla base dell'ultima rilevazione della popolazione minorile effettuata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) e per il 50 per cento secondo i seguenti criteri:

- a) carenza di strutture per la prima infanzia secondo le indicazioni del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia della Presidenza del Consiglio dei ministri;
- b) numero di minori presenti in presidi residenziali socio-assistenziali in base all'ultima rilevazione dell'ISTAT;
- c) percentuale di dispersione scolastica nella scuola dell'obbligo come accertata dal Ministero della pubblica istruzione;
- d) percentuale di famiglie con figli minori che vivono al di sotto della soglia di povertà così come stimata dall'ISTAT;
- e) incidenza percentuale del coinvolgimento di minori in attività criminose come accertata dalla Direzione generale dei servizi civili del Ministero dell'interno, nonché dall'Ufficio centrale per la giustizia minorile del Ministero di grazia e giustizia.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto emanato di concerto con i Ministri dell'interno, del tesoro, di grazia e giustizia e con il Ministro per le pari opportunità, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nonché le Commissioni parlamentari competenti, provvede alla ripartizione delle quote del Fondo tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di quelle riservate ai comuni, ai sensi del comma 2.

4. Per il finanziamento del Fondo è autorizzata la spesa di lire 117 miliardi per l'anno 1997 e di lire 312 miliardi a decorrere dall'anno 1998.

Art. 2.

(Ambiti territoriali di intervento)

1. Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, definiscono, sentiti gli enti locali, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 giugno 1990, n. 142, ogni tre anni, gli ambiti territoriali di intervento, tenuto conto della presenza dei comuni commissariati ai sensi dell'articolo 15-*bis* della legge 19 marzo 1990, n. 55, e successive modificazioni, e procedono al riparto economico delle risorse al fine di assicurare l'efficienza e l'efficacia degli interventi e la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti. Possono essere individuati, quali ambiti territoriali di intervento, comuni, comuni associati ai sensi degli articoli 24, 25 e 26 della legge 8 giugno 1990, n. 142, comunità montane e province.

2. Gli enti locali ricompresi negli ambiti territoriali di intervento di cui al comma 1, mediante accordi di programma definiti ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, cui partecipano, in particolare, i provveditorati agli studi, le aziende sanitarie locali e i centri per la giustizia minorile, approvano piani territoriali di intervento della durata massima di un triennio, articolati in progetti immediatamente esecutivi, nonché il relativo piano economico e la prevista copertura finanziaria. Gli enti locali assicurano la partecipazione delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale nella definizione dei piani di intervento. I piani di intervento sono trasmessi alle regioni, che provvedono all'approvazione ed alla emanazione della relativa delibera di finanziamento a valere sulle quote del Fondo di cui all'articolo 1 ad esse attribuite ai

sensi del medesimo articolo 1, comma 3, nei limiti delle disponibilità assegnate ad ogni ambito territoriale, entro i successivi sessanta giorni. Le regioni possono impiegare una quota non superiore al 5 per cento delle risorse loro attribuite per la realizzazione di programmi interregionali di scambio e di formazione in materia di servizi per l'infanzia e per l'adolescenza.

3. Le regioni possono istituire fondi regionali per il finanziamento dei piani di intervento ad integrazione delle quote di competenza regionale del Fondo di cui all'articolo 1, nonché di interventi non finanziati dallo stesso Fondo.

Art. 3.

(Finalità dei progetti)

1. Sono ammessi al finanziamento del Fondo di cui all'articolo 1 i progetti che perseguono le seguenti finalità:

- a) realizzazione di servizi di preparazione e di sostegno alla relazione genito re-figli, di contrasto della povertà e della violenza, nonché di misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali, tenuto conto altresì della condizione dei minori stranieri;
- b) innovazione e sperimentazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia;
- c) realizzazione di servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero, anche nei periodi di sospensione delle attività didattiche;
- d) realizzazione di azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, per l'esercizio dei diritti civili fondamentali, per il miglioramento della fruizione dell'ambiente urbano e naturale da parte dei minori, per lo sviluppo del benessere e della qualità della vita dei minori, per la valorizzazione, nel rispetto di ogni diversità, delle caratteristiche di genere, culturali ed etniche;
- e) azioni per il sostegno economico ovvero di servizi alle famiglie naturali o affidatarie che abbiano al loro interno uno o più minori con *handicap* al fine di migliorare la qualità del gruppo-famiglia ed evitare qualunque forma di emarginazione e di istituzionalizzazione.

Art. 4.

(Servizi di sostegno alla relazione genitore-figli, di contrasto della povertà e della violenza, nonché misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali)

1. Le finalità dei progetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a) , possono essere perseguite, in particolare, attraverso:

- a) l'erogazione di un minimo vitale a favore di minori in stato di bisogno inseriti in famiglie o affidati ad uno solo dei genitori, anche se separati;
- b) l'attività di informazione e di sostegno alle scelte di maternità e paternità, facilitando l'accesso ai servizi di assistenza alla famiglia ed alla maternità di cui alla legge 29 luglio 1975, n. 405, e successive modificazioni;
- c) le azioni di sostegno al minore ed ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno alla frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento;
- d) gli affidamenti familiari sia diurni che residenziali;
- e) l'accoglienza temporanea di minori, anche sieropositivi, e portatori di *handicap* fisico, psichico e sensoriale, in piccole comunità educativo-riabilitative;
- f) l'attivazione di residenze per donne agli arresti domiciliari nei casi previsti dall'articolo 47-ter, comma 1, numero 1), della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, alle quali possono altresì accedere i padri detenuti, qualora la madre sia deceduta o sia assolutamente impossibilitata a prestare assistenza ai figli minori;
- g) la realizzazione di case di accoglienza per donne in difficoltà con figli minori, o in stato di gravidanza, nonché la promozione da parte di famiglie di accoglienze per genitori unici esercenti la potestà con figli minori al seguito;
- h) gli interventi di prevenzione e di assistenza nei casi di abuso o di sfruttamento sessuale, di abbandono, di maltrattamento e di violenza sui minori;
- i) i servizi di mediazione familiare e di consulenza per famiglie e minori al fine del superamento delle difficoltà relazionali;
- l) gli interventi diretti alla tutela dei diritti del bambino malato ed ospedalizzato.

2. La realizzazione delle finalità di cui al presente articolo avviene mediante progetti personalizzati integrati con le azioni previste nei piani socio-sanitari regionali.

Art. 5.

(Innovazione e sperimentazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia)

1. Le finalità dei progetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera b) , possono essere perseguite, in particolare, attraverso:

- a) servizi con caratteristiche educative, ludiche, culturali e di aggregazione sociale per bambini da zero a tre anni, che prevedano la presenza di genitori, familiari o adulti che quotidianamente si occupano della loro cura, organizzati secondo criteri di flessibilità;
- b) servizi con caratteristiche educative e ludiche per l'assistenza a bambini da diciotto mesi a tre anni per un tempo giornaliero non superiore alle cinque ore, privi di servizi di mensa e di riposo pomeridiano.

2. I servizi di cui al comma 1 non sono sostitutivi degli asili nido previsti dalla legge 6 dicembre 1971, n. 1044, e possono essere anche autorganizzati dalle famiglie, dalle associazioni e dai gruppi.

Art. 6.

*(Servizi ricreativi ed educativi
per il tempo libero)*

1. Le finalità dei progetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), possono essere perseguite, in particolare, attraverso il sostegno e lo sviluppo di servizi volti a promuovere e a valorizzare la partecipazione dei minori a livello propositivo, decisionale e gestionale in esperienze aggregative, nonché occasioni di riflessione su temi rilevanti per la convivenza civile e lo sviluppo delle capacità di socializzazione e di inserimento nella scuola, nella vita aggregativa e familiare.

2. I servizi di cui al comma 1 sono realizzati attraverso operatori educativi con specifica competenza professionale e possono essere previsti anche nell'ambito dell'attuazione del regolamento recante la disciplina delle iniziative complementari e delle attività integrative nelle istituzioni scolastiche, emanato con decreto del Presidente della Repubblica 10 ottobre 1996, n. 567.

Art. 7.

(Azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza)

1. Le finalità dei progetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera d), possono essere perseguite, in particolare, attraverso:

a) interventi che facilitano l'uso del tempo e degli spazi urbani e naturali, rimuovono ostacoli nella mobilità, ampliano la fruizione di beni e servizi ambientali, culturali, sociali e sportivi;

b) misure orientate alla promozione della conoscenza dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso tutta la cittadinanza ed in particolare nei confronti degli addetti a servizi di pubblica utilità;

c) misure volte a promuovere la partecipazione dei bambini e degli adolescenti alla vita della comunità locale, anche amministrativa.

Art. 8.

*(Servizio di informazione,
promozione, consulenza, monitoraggio
e supporto tecnico)*

1. Il Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri attiva un servizio di informazione, di promozione, di consulenza, di monitoraggio e di supporto tecnico per la realizzazione delle finalità della presente legge. A tali fini il Dipartimento si avvale del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia.

2. Il servizio svolge le seguenti funzioni:

a) provvede alla creazione di una banca dati dei progetti realizzati a favore dell'infanzia e dell'adolescenza;

b) favorisce la diffusione delle conoscenze e la qualità degli interventi;

c) assiste, su richiesta, gli enti locali e territoriali ed i soggetti di cui all'articolo 2, comma 2, nella elaborazione dei progetti previsti dai piani territoriali di intervento, con particolare attenzione, altresì, per la realizzazione dei migliori progetti nelle aree di cui all'obiettivo 1 del regolamento (CEE) n. 2052/88 del Consiglio del 24 giugno 1988, come definite dalla Commissione delle Comunità europee.

3. Il servizio, in caso di rilevata necessità, per le funzioni di segreteria tecnica relative alle attività di promozione e di monitoraggio e per le attività di consulenza e di assistenza tecnica, può avvalersi, sulla base di apposite convenzioni, di enti e strutture da individuare nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria sugli appalti pubblici di servizi.

4. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro per la solidarietà sociale, sentite le Commissioni parlamentari competenti, con proprio decreto, definisce le modalità organizzative e di funzionamento per l'attuazione del servizio.

5. Per il funzionamento del servizio è autorizzata la spesa annua di lire 3 miliardi a decorrere dal 1997.

Art. 9.

(Valutazione dell'efficacia della spesa)

1. Entro il 30 giugno di ciascun anno, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano una relazione al Ministro per la solidarietà sociale sullo stato di attuazione degli interventi previsti dalla presente legge, sulla loro efficacia, sull'impatto sui minori e sulla società, sugli obiettivi conseguiti e sulle misure da adottare per migliorare le condizioni di vita dei minori nel rispettivo territorio. Qualora, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni non abbiano provveduto all'impegno contabile delle quote di competenza del Fondo di cui all'articolo 1 ed all'individuazione degli ambiti territoriali di intervento di cui all'articolo 2, il Ministro per la solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede alla ridestinazione dei fondi alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Per garantire la tempestiva attuazione degli interventi di cui alla presente legge nei comuni commissariati, il Ministro dell'interno, con proprio decreto, emanato di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, provvede a definire le

funzioni delle prefetture competenti per territorio per il sostegno e l'assistenza ai comuni ricompresi negli ambiti territoriali di intervento di cui all'articolo 2.

Art. 10.

(Relazione al Parlamento)

1. Entro il 30 settembre di ciascun anno il Ministro per la solidarietà sociale trasmette una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge, tenuto conto delle relazioni presentate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 9.

Art. 11.

(Conferenza nazionale sull'infanzia e sull'adolescenza e statistiche ufficiali sull'infanzia)

1. Il Ministro per la solidarietà sociale convoca periodicamente, e comunque almeno ogni tre anni, la Conferenza nazionale sull'infanzia e sull'adolescenza, organizzata dal Dipartimento per gli affari sociali con il supporto tecnico ed organizzativo del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia e della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Commissioni parlamentari competenti. Gli oneri derivanti dalla organizzazione della Conferenza sono a carico del Fondo di cui all'articolo 1.

2. Ai fini della realizzazione di politiche sociali rivolte all'infanzia e all'adolescenza, l'ISTAT, anche attraverso i soggetti che operano all'interno del Sistema statistico nazionale di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, assicura un flusso informativo con periodicità adeguata sulla qualità della vita dell'infanzia e dell'adolescenza nell'ambito della famiglia, della scuola e, in genere, della società.

Art. 12.

*(Rifinanziamento della legge
19 luglio 1991, n. 216)*

1. Per il rifinanziamento del fondo di cui all'articolo 3 della legge 19 luglio 1991, n. 216, come modificato dall'articolo 3 del decreto-legge 27 maggio 1994, n. 318, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 luglio 1994, n. 465, è autorizzata la spesa di lire 30 miliardi per ciascuno degli anni 1997, 1998 e 1999.

2. Per il finanziamento dei progetti di cui all'articolo 4 della citata legge n. 216 del 1991, è autorizzata la spesa di lire 10 miliardi per ciascuno degli anni 1997, 1998 e 1999.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 1 e 2, pari a lire 40 miliardi per ciascuno degli anni 1997, 1998 e 1999, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1997-1999, al capitolo 9001 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1997, a tal fine riducendo di pari importo l'accantonamento relativo al Ministero dell'interno.

4. I prefetti trasmettono i rendiconti delle somme accreditate per i finanziamenti di cui all'articolo 3, comma 2, della citata legge n. 216 del 1991, agli uffici regionali di riscontro amministrativo del Ministero dell'interno.

Art. 13.

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dall'attuazione degli articoli 1 e 8 della presente legge, pari a lire 120 miliardi per l'anno 1997 e a lire 315 miliardi per ciascuno degli anni 1998 e 1999, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1997-1999, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1997, a tal fine riducendo di pari importo l'accantonamento relativo alla Presidenza del Consiglio dei ministri.

2. Le somme stanziare per le finalità di cui alla presente legge possono essere utilizzate quale copertura della quota di finanziamento nazionale di programmi cofinanziati dall'Unione europea.

3. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apporcare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Allegato 11: Sulle "Life Skills"

I programmi di "Life Skills Education" (LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute*

*Mario Bertini, Paride Braibanti, Maria Pia Gagliardi
Dipartimento di Psicologia Università di Roma "La Sapienza"*

ABSTRACT

Il termine di "LS" viene generalmente riferito ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale.

I programmi delle cosiddette "Life Skills" (LS) si stanno sviluppando a partire dagli inizi degli anni ottanta e si stanno diffondendo soprattutto per l'impulso della Divisione di Salute Mentale dell'OMS.

Le abilità o competenze psicosociali che, nella maggior parte degli studi, vengono individuate come centrali per la promozione della salute e del benessere dei bambini e degli adolescenti, sono le seguenti: **Capacità di prendere decisioni, Capacità di risolvere i problemi, Pensiero creativo, Pensiero critico, Comunicazione efficace, Capacità di relazioni interpersonali, Autoconsapevolezza, Empatia, Gestione delle emozioni, Gestione dello stress.**

.....

La scuola italiana, come si legge negli enunciati di tutti gli ordini, sottolinea con forza l'importanza di favorire le potenzialità di sviluppo e di espressione delle abilità cognitive, emotive, relazionali di base dello studente, obiettivi ritenuti primari per il raggiungimento delle finalità proprie della scuola. È facile notare come essi si riferiscano proprio alle **competenze psicosociali delle LS**.

.....

Di fatto oggi molte nazioni stanno facendo sforzi significativi per creare ed attuare nelle Scuole primarie e secondarie, metodi di LSE integrati, olistici e a lunga scadenza.

L'inserimento della LSE dovrebbe idealmente riguardare tutte le scuole di vario ordine e grado e lungo tutto l'arco dello sviluppo dello studente a partire dalla scuola materna fino al compimento delle scuole secondarie superiori. Inoltre la LSE dovrebbe far parte del percorso scolastico, non come una delle discipline aggiuntive, ma come un processo di formazione, trasversalmente e longitudinalmente integrato al processo didattico.

..... I programmi delle cosiddette "Life Skills" (LS) si stanno sviluppando a partire dagli inizi degli anni ottanta e si stanno diffondendo soprattutto per l'impulso della Divisione di Salute Mentale dell'OMS.

Il termine di "LS" viene generalmente riferito ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale.

La derivazione delle "LS" dal tronco della psicologia generale

La psicologia è stata in grado di mettere in evidenza una serie di competenze della mente e della personalità umana; competenze delle quali si è parlato in termini generali o puramente filosofici. Si è capito la trama più articolata del funzionamento psicologico secondo linee che possono essere descritte come "competenze" o abilità potenziali; alcune di queste più facilmente individuabili nella cosiddetta sfera cognitiva (capacità di risolvere i problemi, di prendere decisioni, di operare con spirito critico e creativo ecc.); altre più attinenti alla sfera delle emozioni e degli affetti, come capacità di gestire le emozioni, gli stress o sollecitazioni della vita quotidiana ecc.; altre ancora più orientate nel senso di un'apertura alla relazione sociale (risorse di empatia, competenze comunicative ecc.).

Considerando le funzioni della mente come risorse da riconoscere e da sollecitare per il miglior funzionamento possibile nei percorsi dell'adattamento individuale e collettivo. La tematica delle LS costituisce nel suo insieme un significativo tentativo di applicare fin dalla prima infanzia queste conoscenze in una linea più aperta ad un moderno concetto di salute.

L'uso dei Programmi di LS nel mondo

La nascita negli anni '80 si caratterizza soprattutto per l'orientamento di prevenzione: la loro utilizzazione compare in molti e diversificati programmi di educazione volti alla prevenzione dell'abuso di sostanze (Botvin et al., 1980, 1984; Penz, 1983), delle gravidanze precoci (Zabin et al., 1986; Schinke, 1984), del bullismo (Olweus, 1990) ecc.

L'efficacia di questi programmi viene confermata in interventi più orientati alla promozione: per es. interventi di promozione di abilità cognitive (Gonzales, 1990), della fiducia e della stima di sé (TACADE, 1990), di educazione alla pace (Prutznam et al., 1988).

Agli inizi degli anni '90, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definisce le LS come "abilità che consentono di trattare efficacemente con le richieste e le sfide della vita quotidiana", possono quindi essere considerate come quelle "abilità di vita" e "per la vita" che si pongono alla radice di ogni processo adattivo "umano".

Le abilità o competenze psicosociali che, nella maggior parte degli studi, vengono individuate come centrali per la promozione della salute e del benessere dei bambini e degli adolescenti, sono le seguenti: Capacità di prendere decisioni, Capacità di risolvere i problemi, Pensiero creativo, Pensiero critico, Comunicazione efficace, Capacità di relazioni interpersonali, Autoconsapevolezza, Empatia, Gestione delle emozioni, Gestione dello stress.

Definizioni sintetiche delle Life skills (OMS)

Decision making (capacità di prendere decisioni): competenza che aiuta ad affrontare in maniera costruttiva le decisioni nei vari momenti della vita. La capacità di elaborare attivamente il processo decisionale, valutando le differenti opzioni e le conseguenze delle scelte possibili, può avere effetti positivi sul piano della salute, intesa nella sua accezione più ampia.

Problem solving (capacità di risolvere i problemi): questa capacità, permette di affrontare i problemi della vita in modo costruttivo.

Pensiero creativo: agisce in modo sinergico rispetto alle due competenze sopracitate, mettendo in grado di esplorare le alternative possibili e le conseguenze che derivano dal fare e dal non fare determinate azioni. Aiuta a guardare oltre le esperienze dirette, può aiutare a rispondere in maniera adattiva e flessibile alle situazioni della vita quotidiana.

Pensiero critico: è l'abilità ad analizzare le informazioni e le esperienze in maniera obiettiva. Può contribuire alla promozione della salute, aiutando a riconoscere e valutare i fattori che influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti.

Comunicazione efficace: sapersi esprimere, sia sul piano verbale che non verbale, con modalità appropriate rispetto alla cultura e alle situazioni. Questo significa essere capaci di manifestare opinioni e desideri, bisogni e paure, esser capaci, in caso di necessità, di chiedere consiglio e aiuto.

Capacità di relazioni interpersonali: aiuta a mettersi in relazione e a interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale. Tale capacità può esprimersi sul piano delle relazioni con i membri della propria famiglia, favorendo il mantenimento di un'importante fonte di sostegno sociale; può inoltre voler dire esser capaci, se opportuno, di porre fine alle relazioni in maniera costruttiva.

Autoconsapevolezza: ovvero sia riconoscimento di sé, del proprio carattere, delle proprie forze e debolezze, dei propri desideri e delle proprie insofferenze. Sviluppare l'autoconsapevolezza può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. Si tratta di un prerequisito di base per la comunicazione efficace, per instaurare relazioni interpersonali, per sviluppare empatia nei confronti degli altri.

Empatia: è la capacità di immaginare come possa essere la vita per un'altra persona anche in situazioni con le quali non si ha familiarità. Provare empatia può aiutare a capire e accettare i "diversi"; questo può migliorare le Interazioni sociali per es. in situazioni di differenze culturali o etniche. La capacità empatica può inoltre essere di sensibile aiuto per offrire sostegno alle persone che hanno bisogno di cure e di assistenza, o di tolleranza, come nel caso dei sofferenti di AIDS, o di disordini mentali.

Gestione delle emozioni: implica il riconoscimento delle emozioni in noi stessi e negli altri; la consapevolezza di quanto le emozioni influenzino il comportamento e la capacità di rispondere alle medesime in maniera appropriata. Gestione dello stress: consiste nel riconoscere le fonti di stress nella vita quotidiana, nel comprendere come queste ci "tocchino" e nell'agire in modo da controllare i diversi livelli di stress.

Il forte consenso registrato dalle diverse iniziative in molte nazioni e l'interesse di queste a sviluppare, migliorare, valutare e adattare alla propria cultura i vari progetti di Salute, spinge la Divisione di Salute Mentale dell'OMS a mettere a punto delle "linee guida". Si avvia in tal senso una collaborazione dell'OMS con agenzie internazionali già impegnate nella promozione di questi programmi nel curriculum scolastico.

Nascono così i programmi di Life Skills Education (LSE) che possono essere sviluppati all'interno di interventi di protezione e prevenzione soprattutto nella Scuola.

Nella raccomandazione n° 4 del Comitato degli Esperti dell'OMS (Ginevra 1996), si dichiara che "Ogni scuola deve mettere in grado bambini ed adolescenti di imparare aspetti critici della salute e sviluppare le LS"; privilegiare e sperimentare la LSE, come strategia per raggiungere l'obiettivo "Salute per tutti negli anni 2000".

La LSE e la Scuola

Occorre dare molto spazio allo sviluppo della capacità dei soggetti di rispondere come individui e di orientarsi in modo attivo in un contesto complesso di valori e pressioni spesso contraddittorie.

La prospettiva della "LSE" si basa su un approccio educativo di tipo olistico, e su modelli didattici attivi e partecipativi in cui trova ampio risalto la promozione di abilità di base.

Si tratta di valorizzare in modo coordinato e finalizzato, nuovi metodi di insegnamento: lavoro in piccoli gruppi e a coppie, brainstorming, role playing, giochi e dibattiti.

Il successo dei programmi dipende fortemente da una parte dalla competenza degli esperti e dall'altra dalla disponibilità degli insegnanti a formarsi effettivamente in queste metodologie. Appare quindi giustificata la raccomandazione dell'OMS di garantire la formazione specifica degli insegnanti e una loro appropriata supervisione da parte degli esperti, soprattutto nelle prime fasi di attuazione dei programmi stessi.

Consenso e valutazione dei Programmi

L'operazione delle L.S. sta ottenendo in varie parti del mondo un notevole consenso intorno ai seguenti punti:

- a. con il termine "life-skills", si deve intendere il complesso di competenze psicosociali (decision making, problem solving, comunicazione, ecc.)
- b. necessità che l'apprendimento delle LS avvenga nel corso degli anni di scuola;
- c. necessità di sviluppare interventi per l'apprendimento delle LS anche per i ragazzi che non frequentano la scuola;
- d. progettazione di un'iniziativa congiunta delle Nazioni Unite, destinata sostenere lo sviluppo e la valutazione dei programmi delle LS nei curricula scolastici.

Le prospettive delle LS nella cultura della scuola italiana

Non da oggi è facile leggere negli enunciati della scuola un continuo richiamo di motivi ed aspirazioni tese ad un'educazione integrale dello studente. Si tratta di aspirazioni autentiche verso una scuola in cui l'obiettivo non sia solo quello di trasmettere contenuti ma di favorire la crescita della persona "per" e "nel" processo di apprendimento.

Scuola Materna

"La scuola dell'infanzia concorre, nell'ambito del sistema scolastico a promuovere la formazione integrale della personalità dei bambini dai tre ai sei anni di età, nella prospettiva della formazione di soggetti liberi, responsabili ed attivamente partecipi alla vita della comunità locale, nazionale ed internazionale.... .. traguardi di sviluppo in ordine all'identità, (il radicamento nel bambino dei necessari atteggiamenti di sicurezza, di stima di fiducia nelle proprie capacità, motivazione alla curiosità) all'autonomia e alla competenza.

Scuola Elementare

... sostenere l'alunno nella progressiva conquista della sua autonomia di giudizio, e nel suo inserimento attivo nel mondo delle relazioni interpersonali, sulla base della accettazione e del rispetto dell'altro ... occasioni di iniziativa, decisione, responsabilità personale ed autonomia, e possa sperimentare progressivamente, forme di lavoro e di vicendevole aiuto e sostegno... La Scuola concorre a sviluppare la creatività, la consapevolezza delle proprie possibilità e la "consapevolezza di sé", ... la progressiva costruzione della capacità di pensiero riflesso e critico, potenziando creatività, divergenza e autonomia di giudizio...

Scuola Media

... tener presente che in questa fase gli alunni "si trovano ad affrontare il passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza per giungere ad una più avvertita coscienza di sé. alla conquista, di una più strutturata capacità di astrazione e di problematizzazione e ad un nuovo rapporto con il mondo e con la società.

Come si può vedere la scuola italiana in tutti gli ordini, sottolinea con forza l'importanza di favorire le potenzialità di sviluppo e di espressione delle abilità cognitive, emotive, relazionali di base dello studente, obiettivi ritenuti primari per il raggiungimento delle finalità proprie della scuola. È facile notare come essi si riferiscano proprio alle competenze psicosociali delle LS.

Le Life skills nel quadro dell'autonomia scolastica

L'autonomia delle istituzioni scolastiche è funzionale alla promozione dell'autonomia e della responsabilità del soggetto rispetto alla propria formazione personale e sociale.

Nelle prospettive delineate dai nuovi orientamenti, la formazione è intesa da un lato come risorsa permanente per la crescita e il benessere di ogni individuo e dall'altro come "... una delle principali condizioni dello sviluppo economico, sociale e culturale, nonché dell'esercizio dell'autentica democrazia.. Una buona formazione deve consentire a tutti di accedere all'autonomia e alla pratica della cittadinanza e di trovare gli sbocchi per il proprio inserimento sociale e professionale".

È importante riconoscere alle istituzioni scolastiche la competenza diretta nella trasmissione di una cultura generale e lo sviluppo di competenze metodologiche capaci di innescare un continuo processo di autoapprendimento, all'individuo una nuova e piena titolarità: diviene protagonista e artefice principale della propria qualificazione.

La formazione - è intesa in primo luogo come risorsa permanente per la crescita e il benessere di ogni individuo promuove nuove competenze sociali e professionali è orientata verso competenze trasferibili proprie dei modelli cognitivi dinamici e autopoietici garantisce a tutti i cittadini il diritto alla formazione continua e permanente.

L'autonomia scolastica rappresenta uno strumento fondamentale per la promozione delle "autonomie" e del pieno sviluppo delle potenzialità degli individui e delle comunità conferendo al soggetto una progressiva responsabilità nella costruzione del proprio processo formativo.

La collocazione della autonomia del soggetto e della comunità sociale di riferimento, al centro del processo dell'autonomia scolastica e dell'integrazione del sistema scolastico impone sulla base anche dei bisogni soggettivi, una nuova e strategica attenzione alla modulazione dell'offerta formativa. Tale spostamento può attingere alle scienze bio-psico-sociali il contributo di una visione integrale della persona nelle sue diverse dimensioni.

Sotto questo profilo la proposta di una 'LSE' sembra possedere i requisiti per una relazione più coerente tra la psicologia e la scuola. Essa si candida bene ad inserirsi in questo spazio di attenzione al soggetto e ai suoi compiti di sviluppo.

È necessario lavorare molto sul piano della sperimentazione non solo per la traduzione e l'adattamento di queste metodiche, ma anche per il coinvolgimento degli operatori scolastici e degli studenti.

L'applicazione delle LS nel contesto della psicologia della salute

L'introduzione dei programmi sulle LS, più che un obiettivo strategico dovrebbe essere visto come uno strumento tattico, nel senso di rendere la scuola integralmente consonante con le azioni "di vita" che queste "skills" suggeriscono. Questi programmi non possono configurarsi come un "corpo aggiuntivo, per quanto "attraente" " rispetto ai compiti molteplici della scuola, ma devono calare al suo interno, come un contributo per la realizzazione di un cambiamento.

Nella LSE il ruolo di protagonisti attivi degli alunni costituisce un requisito indispensabile. La LSE si trova pienamente in armonia con scelte formative orientate alla consapevolezza e all'intenzionalità e con una relazione educativa tra docenti e studenti orientata alla costruzione di un "contratto" o di un "patto" di apprendimento.

Può trovare collocazione in esperienze di collaborazione educativa tra coetanei (la cosiddetta "peer education", largamente usata in molte strategie di educazione alla salute e di prevenzione) ma non può identificarsi interamente con questa.

Di fatto oggi molte nazioni stanno facendo sforzi significativi per creare ed attuare nelle Scuole primarie e secondarie, metodi di LSE integrati, olistici e a lunga scadenza.

L'inserimento della LSE dovrebbe idealmente riguardare tutte le scuole di vario ordine e grado e lungo tutto l'arco dello sviluppo dello studente a partire dalla scuola materna fino al compimento delle scuole secondarie superiori. Inoltre la LSE dovrebbe far parte del percorso scolastico, non come una delle discipline aggiuntive, ma come un processo di formazione, trasversalmente e longitudinalmente integrato al processo didattico.

.....

*Presentazione a cura di Simonetta Cavalieri

Allegato 12: Sulla "Peer Education"

Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei

a cura di Gary R. Svenson, Dipartimento di Medicina di Comunità, Università di Lund

Con il contributo di:

Peter Aggleton (Regno Unito)

Vivian Barnekow Rasmussen (OMS Europa)

Giovanna Boda Ministero della Pubblica Istruzione (Italia)

Sara Bourke e Owen Metcalfe (Irlanda)

Amanda Brodala (Regno Unito)

Kémal Chérabi (Francia)

Tommi Kainulainen (Finlandia)

Gregorio Martinez (Spagna)

Bie Melis (Belgio)

Kathryn Milbourn (Scozia)

Kurt Pedersen (Danimarca)

Emmanuel Ricard (Francia)

Veroon Vermeer (Paesi Bassi)

Redatte in collaborazione con:

Dott. Luigi Bertinato, Direttore, Servizio Progetti Internazionali di Sanità Pubblica e Rapporti con l'OMS, Regione del Veneto Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, Venezia – Italia

Giovanna Boda Ministero della Pubblica Istruzione- Italy

Doortje Braeken, Senior Programme Advisor, Rutgers Foundation, Utrecht, Paesi Bassi; e International Youth

Prof. Maria Odette Santos Ferreira, Coordinatrice Nazionale, e Manuela Santos Pardo, Direttore Esecutivo, Comitato Nazionale Portoghese per l'AIDS, Lisbona, Portogallo

Prof. Isolde Gornemann e Prof. José-Luis Bimbela, Scuola Andalus di Sanità Pubblica, Granada, Spagna

Angelika Hessling, Dirigente scientifico e Harald Lehmann, Direttore, Servizio Educazione Sessuale e Pianificazione Familiare, Centro Federale per l'Educazione Sanitaria, Colonia, Germania

Prof. Dieter Kleiber, Direttore, Istituto per la Prevenzione e la Ricerca sulla Salute Psico/sociale, Libera Università di Berlino, Germania

Capitolo 1

Peer education

Questo libretto contiene le Linee guida da utilizzarsi negli interventi di Peer education fra coetanei dell'Unione Europea. Questo compito non è certamente facile poiché l'Unione Europea è attualmente composta da 15 stati membri ed un numero ancora maggiore di identità culturali. Tale premessa è importante poiché la Peer education fra giovani coetanei deve essere necessariamente inquadrata nel contesto culturale.

Volendo utilizzare la più semplice delle definizioni, la Peer education è la 'comunicazione fra coetaneo e coetaneo' ed è pertanto un fenomeno sociale.

Procedendo con la lettura del presente testo ci renderemo conto che questo approccio, per avere esiti positivi, deve essere basato sulle teorie ed i concetti che appartengono alle metodologie della comunicazione e deve beneficiare degli effetti dei processi di influenza del contesto sociale che vengono posti in essere. Il maggiore vantaggio della Peer education consiste nella capacità di adeguare i messaggi preventivi alle specificità, ai valori ed alle necessità locali

Si tratta comunque di un approccio complesso che non può essere applicato ovunque né rivolto indiscriminatamente a tutti.

Una volta conclusa la lettura di queste Linee guida ogni operatore avrà potuto comprendere il significato di questa metodologia, apprezzandone le potenzialità e scoprendone i limiti, e sarà in grado di utilizzarle per l'avvio di nuovi progetti.

Il termine inglese 'Peer education' (lett. 'Educazione fra pari') è ben noto a livello internazionale nell'ambito dell'educazione ma è tuttavia di difficile traduzione in altre lingue soprattutto a causa della presenza del termine peer (pari, coetaneo). Questo termine venne coniato centinaia di anni fa in Gran Bretagna per designare l'appartenenza ad uno dei cinque gradi di nobiltà. Nel suo moderno utilizzo, secondo il dizionario Webster 1, sta ad indicare 'one that is of equal standing with another; one belonging to the same societal group especially based on age, grade or status' (persona dello stesso rango; persona della medesima estrazione sociale, in particolare coetanei, dello stesso grado o status).

Pertanto il termine Peer education (che verrà di seguito utilizzato tal quale) indica educazione tra pari o tra persone che appartengono al medesimo gruppo od hanno la stessa estrazione sociale, i quali instaurano un rapporto di educazione reciproca.

Cenni storici

Chiunque possedeva alcune nozioni di psicologia infantile o abbia avuto occasione di osservare le dinamiche tra bambini e giovani ben sa che in tale occasione si attua un processo di influenza sociale reciproca e continua, attuando quindi un processo di educazione tra pari. Tuttavia questa tecnica iniziò ad essere utilizzata sistematicamente solo nei primi anni del 1800 grazie al 'monitor system' inglese. Gli alunni delle scuole imparavano a tenere lezioni al cospetto di altre scolaresche su argomenti che avevano già appreso. Tale metodo veniva utilizzato principalmente per ragioni di ordine economico in quanto il ricorso agli alunni era indubbiamente meno oneroso dell'utilizzo di docenti professionisti.

Negli anni '60 il 'tutoraggio' e l'insegnamento fra coetanei hanno vissuto una vera e propria fase di rinascita negli USA. L'obiettivo era di aiutare gli allievi di età leggermente inferiore, sostenendoli negli argomenti oggetto d'insegnamento, con notevoli vantaggi psicologici sia per i tutori che per gli allievi. Gli psicologi esperti dell'educazione e della crescita, applicando le teorie di Piaget, ritenevano che le interazioni tra pari che avvenivano durante l'apprendimento fossero un utile strumento per dare l'avvio ai processi di ricostruzione intellettuale nel bambino. Si basavano sul concetto secondo cui i giovani, che ricorrono al medesimo linguaggio, **attuano modalità relazionali molto dirette fra loro e sono inoltre motivati a**

ricomporre le differenze fra se stessi e gli altri giovani. I bambini sono molto più intimiditi dalla comunicazione adulto-bambino che non da uno scambio comunicativo informale fra di loro, il quale peraltro sembra ottenere una maggiore reciproca influenza.

Due altri importanti teorici dell'epoca furono **Vygotsky e Sullivan** 2. Secondo Vygotsky, le cui teorie erano popolari sia nell'Unione Sovietica che negli USA, i giovani apprendono interiorizzando i processi del pensiero (cognitivi) che sono impliciti nelle loro interazioni. I giovani introducono nuovi pattern cognitivi attraverso le loro interazioni. Dopo ripetute esposizioni, è possibile influenzare il pensiero individuale. Attraverso il processo di tutoraggio fra coetanei, i giovani possono apprendere le strategie necessarie per assolvere a compiti particolari. Sullivan riteneva che il peer tutoring (attività tutoriali fra pari) fosse un **metodo per consentire ai soggetti di acquisire informazioni e sviluppare strategie cognitive efficaci tramite un processo di condivisione di pensieri, assunzione di impegni reciproci e negoziazione di compromessi che nel contempo consentiva di mantenere un atteggiamento di apertura nei confronti di nuove idee.**

Sono stati condotti numerosi studi scientifici che confermano i benefici insiti nel peer tutoring, ma le indagini condotte negli anni '80 hanno concluso che tale approccio è maggiormente proficuo quando vi sia il sostegno degli insegnanti.

Si è inoltre riscontrato che il peer tutoring è utile quale:

- contributo all'apprendimento creativo
- aiuto al superamento dei problemi motivazionali negli allievi che hanno problemi di rendimento
- sostegno nella costruzione dell'autostima e come esperienza sociale costruttiva.

Oggi il peer tutoring è un approccio consolidato non solo nelle scuole elementari e medie inferiori e superiori ma anche nelle università.

Nato negli anni '70 e diffuso prevalentemente nel Nord America, il metodo mirava principalmente a modificare i comportamenti specifici e a sviluppare specifiche abilità. Questi programmi erano inizialmente mirati a forme di educazione basate sul sistema di peer tutoring ma vennero soprattutto utilizzati per operare tramite i meccanismi di influenza sociale ed emozionale del comportamento.

Teoricamente il metodo traeva ispirazione dalla teoria dell'apprendimento sociale. I giovani venivano preparati a fornire aiuto e consulenza ad altri giovani simili a loro. In alcuni casi questi 'consulenti' avevano direttamente sperimentato e vissuto i medesimi problemi.

Modalità

La Peer education è un metodo in base al quale un piccolo gruppo di 'pari', numericamente inferiore nell'ambito del gruppo di appartenenza e che fa parte di un determinato gruppo demografico, opera attivamente per informare ed influenzare il resto, numericamente maggioritario, di quel gruppo. Numerosi progetti di Peer education sono stati attuati a livello di base da parte di Organizzazioni non governative (ONG), organizzazioni locali e religiose, organizzazioni giovanili ed istituti educativi. Operatori di sanità pubblica e ricercatori hanno condotto studi di fattibilità per individuare efficaci metodi di prevenzione. La Peer education si è diffusa più rapidamente nel settore della prevenzione dell'infezione da HIV e delle MST. Dall'inizio degli anni '90 il suo uso si è diffuso in tutto il mondo ed essa è attualmente considerata una metodologia assai promettente. I detrattori di questo metodo sostengono che l'idealizzazione della Peer education ha portato ad un utilizzo acritico ed eccessivamente entusiastico. Tale critica è spesso basata sulla mancanza di evidenze scientifiche che ne confermano l'efficacia.

Rimane comunque da chiedersi perché la Peer education si sia diffusa così rapidamente nonostante le scarse evidenze sulla sua efficacia. E' evidente che la popolarità della Peer education sta rapidamente e prepotentemente aumentando e non si può mettere in dubbio l'entusiasmo espresso da giovani ed adulti che hanno avuto occasione di sperimentarla. **Si tratta di un approccio nuovo che mette in discussione il ruolo dell'esperto' tradizionale e rivendica il diritto dei giovani ad avere accesso alle informazioni**

I gruppi di persone che oppongono resistenze alla diffusione della Peer education sono spesso guidati dalla riluttanza a fornire ai giovani informazioni complete ed esaurienti attraverso tecniche interattive o di role-playing. **I giovani che vengono formati ad agire quali Peer educator divengono esperti in quegli argomenti nei confronti dei loro pari e quindi agiscono quali facilitatori di cambiamento di atteggiamenti.** Tutto questo rischia non solo di 'disturbare' i tradizionalisti ma può creare disagio fra gli adulti in merito all'esattezza delle informazioni fornite, anche per la loro natura implicitamente sessuale.

Nel caso della prevenzione all'AIDS, le riviste mediche e scientifiche iniziavano allora ad auspicare l'adozione di modelli informativi per la trasmissione delle conoscenze dall'alto verso il basso, con il ricorso ad esperti. Generalmente si riteneva che gli interventi dovessero essere mirati a ogni singolo gruppo target e che i messaggi dovessero essere comprensibili ed applicabili nella vita di tutti i giorni. Il linguaggio bio-medico doveva essere sostituito da un linguaggio di facile comprensione e maggiormente esplicito. Si rendevano necessari modelli dinamici di prevenzione che potessero accrescere le conoscenze sulla sessualità, sul ruolo di genere, l'orientamento

sessuale, i rapporti interpersonali e l'abuso di droghe.

Inoltre, ci si chiedeva come avrebbe potuto un esperto esterno comprendere i valori impliciti, le norme comportamentali, il linguaggio della sessualità e l'uso di droghe in gruppo di cui non faceva parte? Era necessario coinvolgere la popolazione dell'area di intervento, mobilitando le comunità locali per far sì che le comunità ed i gruppi locali fossero in grado di gestire autonomamente queste problematiche. La Peer education diventava così uno dei possibili metodi per dare l'avvio a questo processo di coinvolgimento degli "attori locali". Considerando poi che la maggioranza dei giovani rimane in ambito scolastico fino a 17-18 anni, era essenziale coinvolgere il sistema scolastico nelle attività di prevenzione dell'infezione da HIV, nell'educazione sessuale e nell'informazione sull'abuso di droga. Essendo conservatori per natura, molti sistemi scolastici si rivelarono, e sono tuttora, riluttanti ad accettare questa proposta. Gli insegnanti preparati a questo approccio erano poco numerosi e l'utilizzo delle tecniche interattive era distante anni-luce dal tradizionale rapporto didattico insegnante-allievo. I sostenitori del metodo della Peer education suggerirono tuttavia che una possibile soluzione a questi problemi poteva consistere nel far sì che gli allievi ricoprissero un nuovo ruolo nelle strategie di prevenzione. Si riteneva inoltre che la Peer education potesse essere anche utilizzata per raggiungere quei giovani che erano all'esterno del sistema scolastico. In Europa vi sono numerosi gruppi di giovani che sono esclusi dal sistema scolastico a causa di circostanze sociali, abuso di droghe, orientamenti sessuali, povertà, stili di vita e motivi etnici o religiosi. La Peer education sembrava essere un metodo conveniente ed efficace per raggiungere questi gruppi.

Oggi la Peer education per la prevenzione dell'AIDS è il risultato dell'esperienza pratica raccolta nella prevenzione dell'infezione da HIV, ha avuto il sostegno della ricerca sociologica, si inserisce nei processi evolutivi della società e della gioventù moderna e nel movimento di promozione della salute. Quest'ultimo è un vero e proprio movimento d'opinione i cui sostenitori auspicano un cambiamento nelle attuali gerarchie dell'informazione, un maggiore coinvolgimento dei giovani ed il diritto dei giovani di essere correttamente informati sulle questioni relative alla salute, compresi la sessualità e l'uso di droghe.

La peer education è in fase di evoluzione e crescita e coloro che se ne occupano cercano di fornire una definizione precisa di questa metodologia. Queste Linee guida sono un contributo alla definizione di questo concetto sulla base del suo contesto storico, esaminano le sue applicazioni pratiche nell'Europa di oggi e condividono le conoscenze e l'esperienza accumulata da esperti e giovani in 14 paesi europei.

Quando persone diverse si trovano a parlare o scrivere di 'Peer education' può succedere che esse non parlino della stessa cosa. Tutto questo è particolarmente evidente quando si analizzano i risultati delle numerose valutazioni delle ricerche che raffrontano gli effetti dei vari progetti o articoli sulla Peer education pubblicati da operatori che vantano la paternità di questo metodo.

Nella Peer education esistono notevoli variazioni nelle caratteristiche demografiche e nella cultura dei gruppi target, quali il contesto e l'ambiente socio-economico, la formazione e la motivazione ad agire dei vari Peer educator, il contenuto e la fasi del programma di attuazione, gli scopi e gli obiettivi del progetto.

Nel tentativo di sistematizzare tutto questo presentiamo di seguito una possibile categorizzazione della Peer education in Europa. Ogni categoria verrà di seguito descritta nel dettaglio nelle Linee guida. Esse possono essere utilizzate in diverse combinazioni. Sono basate su interviste sul campo, sulla revisione della letteratura e sui risultati raggiunti nel corso degli incontri tra esperti europei.

La Peer education può essere divisa in quattro approcci subordinati:

l'approccio pedagogico o educativo

l'approccio specifico per le persone che sono oggetto delle attività

l'approccio riferito alla popolazione in generale

l'approccio di mobilitazione della comunità stimolato dai peer educator.

La Peer education in Europa oggi

I cambiamenti comportamentali sono un processo graduale che si verifica attraverso una serie di fasi. Per chi opera in questo campo è importante sapere che le teorie consentono di individuare gli elementi che potranno mediare i cambiamenti comportamentali (ovvero conoscenze, atteggiamenti, norme sociali, ecc.) e pertanto contribuiscono a chiarire gli obiettivi e gli scopi di un progetto.

Dopo un certo periodo di tempo alcune teorie vengono superate da altre e possono quindi rappresentare un ostacolo, e non più una guida, alla definizione di interventi efficaci. E' necessario incoraggiare la creatività delle persone e le attività di sperimentazione ma non dobbiamo pensare che un intervento 'funzionerà' comunque quando non possiamo esserne effettivamente certi.

Infine, esistono numerose e validissime teorie comportamentali che possono essere applicate per orientare gli interventi di Peer education. Per motivi di spazio sono state selezionate le teorie più di frequente citate nella letteratura internazionale. La terminologia utilizzata in queste teorie è diffusamente utilizzata ed è stata ripresa in numerose altre teorie.

Il modello delle credenze in materia di salute (HBM- Health belief model) venne originariamente sviluppato negli anni '50 e fu successivamente modificato con il passare degli anni. Esso si basa su vari pattern di credenze personali ed è utilizzato per prevedere il comportamento di un individuo (credenza è la convinzione che qualcosa è vero o succederà). In breve, affinché possa verificarsi un cambiamento comportamentale le persone devono essere convinte di quanto segue:

di essere vulnerabili ad una minaccia

che una patologia o uno stato di mancanza di salute sia caratterizzato da un elevato grado di gravità (in termini di dolore, rischio di morte, conseguenze sociali, ecc.)

che i vantaggi di un comportamento preventivo (p.es. uso del profilattico) siano superiori al costo ed ai disagi causati da un comportamento 'errato'

che è possibile adottare un nuovo comportamento

che ci sono 'stimoli ad agire' che spingono le persone a desiderare di adottare un determinato comportamento. Tali stimoli possono provenire dai mass media o essere conseguenti all'influenza esercitata da altri.

Il punto di forza di questa teoria consiste nel fatto che le persone possono essere convinte della gravità di una condizione e sono conscie della propria vulnerabilità. Ogni esagerazione può essere fonte di paura, ansia ed atteggiamenti di rifiuto. Questo modello è basato sulla logica ma è anche vero che le persone possono tentare di razionalizzare le proprie paure o creare miti per sfuggire a timori, ansia o ai sensi di colpa. La 'percezione di rischio' viene misurata in base a questa teoria

La teoria dell'apprendimento sociale ha delineato il concetto di 'auto-efficacia', che è un determinante comportamentale, ed implica la capacità da parte di un individuo di assumere il controllo della propria situazione mentale ed ambientale. Il concetto di 'auto-efficacia' si inserisce nell'obiettivo di promozione della salute per consentire alle persone di controllare e migliorare la propria salute. Secondo la Teoria dell'apprendimento sociale gli individui non subiscono passivamente le influenze del proprio ambiente ma mantengono con esso un rapporto di interazione reciproca e bi-univoca.

Secondo questa teoria, gli individui possono migliorare il proprio livello di auto-efficacia acquisendo nuove conoscenze ed abilità per affrontare e gestire situazioni diverse. L'apprendimento può verificarsi:

attraverso l'esperienza diretta;

indirettamente, osservando e modellando le proprie azioni su quelle di altri in cui ci si identifica attraverso la formazione in abilità legate alla situazione specifica e nella autovalutazione che a sua volta rafforza la fiducia di essere in grado di attuare un determinato comportamento (p.es. facendo accettare al partner l'uso del profilattico).

L'auto-efficacia consiste pertanto in una percezione - la capacità di comprendere di essere in grado di svolgere specifiche azioni in determinate situazioni. Tale concetto ben si applica alla Peer education ed alle attività di apprendimento interattivo.

La teoria dell'azione ragionata ha incluso nei propri modelli comportamentali i determinanti comportamentali relativi alle 'norme sociali percepite' ed alle 'intenzioni' ⁶. Secondo questo modello, il comportamento di un individuo è influenzato dalle norme sociali prevalenti relativamente ad un determinato comportamento presso un certo gruppo o cultura. Si utilizza il termine 'percezione' in quanto è difficile che un individuo possa sapere con esattezza cosa effettivamente pensa o fa la gente. Se un individuo è convinto che il proprio ambiente sociale percepisce positivamente un determinato comportamento, sarà assai più probabile che tale individuo attui effettivamente quel comportamento. Questo concetto è particolarmente rilevante se accettiamo l'ipotesi secondo cui i pari/coetanei sono in grado di influenzarsi reciprocamente molto più di quanto possano fare coloro che sono esterni al gruppo.

Tale teoria considera il comportamento come un processo, costituito da una serie di fasi che generano infine l'"intenzione" di effettuare un'azione. Secondo questa teoria, sono le intenzioni comportamentali a predisporre in ampia misura una persona ad effettuare un'azione. E' stato dimostrato che esistono diversi gradi di correlazione tra intenzioni e comportamenti effettivamente attuati. Tuttavia, il possibile ricorso alle intenzioni per indurre un effettivo cambiamento comportamentale è tuttora controverso. Questo concetto viene a volte utilizzato per misurare l'impatto degli interventi fra i giovani che non hanno ancora avuto rapporti sessuali, o quando non vi sia tempo sufficiente per condurre una valutazione con follow-up a lungo termine.

Teoria della diffusione delle innovazioni

Questa teoria ricorre al modello dell'influenza sociale per dare ragione dei cambiamenti comportamentali. Nella pratica, ogni intervento viene diretto non solo a coloro che sono direttamente testimoni di un'azione ma consente di diffondere le innovazioni (cambiamenti) in modo indiretto, attraverso le reti sociali che esistono attorno ad un gruppo target o una comunità. Queste innovazioni possono essere rappresentate da nuove informazioni, attitudini, credenze e pratiche. Per il buon esito di quanto previsto da questa teoria è fondamentale ricorrere ad opinion-leader - che sono 'agenti di cambiamento' -, e a persone che il gruppo percepisce come degne di fiducia, credibili ed innovative, e alle quali è possibile rivolgersi per ottenere un consiglio. Queste persone devono godere di un'ampia rete sociale in modo da poter influenzare un grande numero di persone, scatenando una 'reazione a catena' che si attua attraverso gli scambi interpersonali ed il dibattito. Questa teoria è utile per orientare gli interventi e spiegare gli impatti previsti nell'ambito della

Peer education. Si ritiene che i peer educator possano generalmente esercitare un'influenza non solo presso le persone con cui sono in contatto diretto in virtù delle attività svolte (p.es. in una classe) ma sono anche in grado di esercitare un effetto indiretto, raggiungendo, tramite le modalità di diffusione descritte, altri gruppi target all'esterno della classe.

L'efficacia di questo intervento dipende dalle caratteristiche dei peer educator, che devono essere essi stessi degli **opinion-leader**, il gruppo target deve essere inoltre coinvolto in dibattiti nel corso dei quali vengano illustrati e discussi i contenuti degli interventi.

1 Merriam-Webster Collegiate Dictionary, 10a ed. Springfield, Mass: Merriam-Webster; 1994.

2 Damon W. Peer education: the untapped potential. Journal of Applied Psychology 1984; 5:331-343

3 VanCampenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D. Sexual Interactions and HIV: new conceptual perspectives in European research. London: Taylor A. Francis; 1997.

4 Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974; 2:328-335.

5 Lettura consigliata: Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise over the control of AIDS infection. Evaluation and program Planning 1990; 13:9-17.

6 Fishbein M. AIDS and behaviour change: an analysis based on the theory of reasoned action. Interamerican Journal of Psychology 1990; 24:37-56.

Politiche e Peer education

Capitolo 2

La Scala della Partecipazione di Hart è spesso citata nelle presenti Linee guida. Ne forniamo un'illustrazione. Hart ha definito la Scala di Partecipazione in forma di sequenza tipologica che concettualizza la partecipazione infantile.

Manipolazione. Se i giovani non comprendono le problematiche e di conseguenza non capiscono il senso delle proprie azioni siamo in presenza di manipolazione.

Marginali. Si tratta del gradino direttamente superiore alla 'manipolazione' ove gli adulti non si trovano a fingere che la causa che stanno perorando sia stata direttamente indicata dai bambini/giovani.

In questo caso gli adulti fanno semplicemente ricorso ai bambini/giovani per sostenere la propria causa in maniera indiretta. **Rinforzi.** Ai bambini/giovani viene data la possibilità di esprimere le proprie opinioni ma nella pratica le possibilità di scelta sull'argomento trattato ed il relativo stile comunicativo sono molto limitate, ed i bambini/giovani hanno ben poche o addirittura nessuna possibilità di formulare le proprie opinioni. Un buon esempio è il coinvolgimento, a scopo puramente simbolico, dei bambini/giovani in qualità di oratori nel corso di una conferenza.

Subordinati ma ben informati. Questo è il gradino della scala ove inizia la reale partecipazione.

I bambini/giovani comprendono gli scopi del progetto;

Sanno chi ha deciso di coinvolgerli e ne conoscono i motivi;

Svolgono un ruolo significativo;

Si sono offerti volontari a partecipare al progetto dopo che ne sono stati spiegati i contenuti.

Consultato e informato. Il progetto è definito e gestito dagli adulti ma i bambini/giovani ne comprendono i processi e le loro opinioni sono prese in seria considerazione.

Decisioni proposte dagli adulti ma condivise anche dai bambini/giovani. I progetti vengono avviati dagli adulti, ma i bambini/giovani sono coinvolti nel processo decisionale.

Iniziativa e gestione da parte dei bambini/giovani. Nel caso in cui le condizioni lo consentano, anche i più piccoli possono collaborare fattivamente nel ambito di gruppi numerosi.

Iniziativa dei bambini/giovani. Processo decisionale di concerto con gli adulti. Progetti di questo tipo sono veramente una rarità e non certo perché gli adolescenti non desiderino rendersi utili. Questo è dovuto principalmente al fatto che gli adulti che desiderano veramente entrare in sintonia con i giovani sono poco numerosi.

Fonte: Hart R. 1992 Children's participation from tokenism to citizenship. Innocenti Essays. No.4, UNICEF, New York, USA

I giovani e gli adulti

Nella maggior parte delle società europee i giovani e gli adulti sembrano vivere quasi in universi paralleli. Ognuno di questi due gruppi pare a volte voler conservare questa separazione e mantenere distante l'altro gruppo. I pensieri, le sensazioni, le pressioni e gli atteggiamenti dei giovani sull'argomento paiono a volte di difficile comprensione per gli adulti ed i giovani sembrano a volte addirittura volerli mantenere segreti.

I giovani nel ruolo del Peer educator

La Peer education si differenzia dall'educazione dei giovani in generale per il fatto che nella Peer education i giovani assumono il ruolo di 'esperti' ed 'agenti di cambiamento' presso i loro pari. Essi vengono formati ed educati, pertanto divengono 'esperti' rispetto ai loro coetanei.

Collaborazione con gli adulti

Assumendo iniziative quali organizzazione di interventi e dibattiti di vario tipo, essi tentano di indurre un cambiamento nelle conoscenze, atteggiamenti, norme, credenze e comportamenti dei loro coetanei.

La Peer education è un'opportunità per esperti adulti di trasmettere le proprie conoscenze ed esperienze ai giovani. Questo processo deve iniziare rivolgendo l'attenzione a quanto pensano i giovani in merito a come affrontare i problemi, anche se i loro pareri possono apparire non professionali o non convenzionali in rapporto alle teorie consolidate. Questa attività deve essere condotta in modo tale che i giovani

percepiscano che possono 'gestire' il lavoro che è in corso. La collaborazione con gli adulti rende i giovani autonomi tramite atteggiamenti di apertura, una buona comunicazione, il reciproco rispetto e fiducia.

I giovani trovano le proprie radici nelle comunità in cui vivono attraverso i genitori, la scuola, i centri ricreativi, la sanità, gli enti e le associazioni locali e le associazioni giovanili. Le organizzazioni, associazioni e gli enti che fanno parte delle reti presenti nelle comunità locali possono fungere da base per i programmi di Peer education.

I responsabili politici e coloro che si occupano di pianificazione devono essere consci che le quattro categorie o approcci subordinati della Peer education descritti in queste Linee guida non sono metodi specifici o distinti fra loro. Si tratta di categorie puramente descrittive che hanno lo scopo di tentare una classificazione di quanto riscontrato negli 11 paesi ove sono state condotte le interviste e negli articoli presenti nella letteratura internazionale. In realtà, i progetti di Peer education possono avvalersi di approcci combinati mutuati dalla pedagogia, possono essere altresì specifici per le persone che sono oggetto dell'attività di prevenzione oppure essere riferiti alla popolazione in generale, o ancora possono mirare alla mobilitazione delle comunità locali tramite l'approccio educativo fra pari. E' assai importante che i progetti di Peer education siano adattati al gruppo target di giovani cui sono rivolti ed al loro ambiente fisico, sociale ed economico, come pure alla fase (o età) del loro sviluppo evolutivo, alle loro peculiari necessità e problematiche.

Peer education nell'ambiente scolastico

La Peer education può essere utilizzata in molti contesti. Nelle scuole essa può essere utilizzata come intervento individuale o come complemento di altri programmi. I responsabili politici ed i pianificatori a livello locale dovranno convincere gli educatori scolastici dei vantaggi dei progetti di Peer education che trasformeranno i loro allievi in esperti ed agenti di cambiamento fra coetanei e dovranno eventualmente sostenere la gestione di tali progetti. Gli educatori potrebbero essere coinvolti come fonte di conoscenza e per contribuire allo sviluppo di abilità cognitive e razionali dei bambini tramite

l'utilizzo di tecniche didattiche. Lo scopo potrebbe essere quello di mantenere un soddisfacente stato di salute degli allievi anche se questo non è sufficiente per migliorare la loro abilità di comprendere e migliorare la salute. Tuttavia è in corso un cambiamento, e le scuole sono sempre più coinvolte nella promozione della salute degli allievi.

Le scuole che promuovono la salute

La I Conferenza Internazionale della Rete Europea di Scuole che Promuovono la Salute, che ha avuto il patrocinio della Commissione Europea, il Consiglio d'Europa e OMS Europa, si è tenuta in Grecia nel maggio 1997. Nel corso della conferenza, numerosi specialisti di diversi settori, provenienti da 43 paesi, hanno

discusso la questione della promozione della salute nelle scuole. La seguente risoluzione ufficiale è stata adottata dalla Conferenza: 'Ogni bambino e giovane europeo ha il diritto, e deve avere la possibilità, di essere educato in una scuola che promuove la salute' (v. appendice 3).

Questi specialisti hanno voluto redigere una risoluzione che faccia appello a tutti i governi europei ad adottare il concetto di 'Scuola che promuove la salute' ed a creare le condizioni per l'attuazione pratica di 10 diversi principi. Uno dei principi, 'Autogestione e competenza nell'azione', stabilisce che una scuola che promuove la salute migliora l'abilità dei giovani ad agire e ad indurre il cambiamento, e che gli allievi che collaborano con insegnanti ed altri operatori per la promozione della salute possano sentirsi parte attiva in nuove conquiste ed acquisire l'abilità di influenzare le proprie vite e condizioni di vita. Infine si sottolinea che tutto questo può essere conseguito attraverso politiche e pratiche che diano l'opportunità ai giovani di partecipare all'adozione di importanti decisioni.

Allegato 13: Scheda per monitoraggio

Si riporta di seguito:

- la nota di trasmissione alle scuole del modello di scheda per il monitoraggio delle attività di Educazione alla Salute svoltesi nell'a. s. 2001-2002
- il modello della scheda

[...]

Oggetto: monitoraggio delle attività di Educazione alla Salute svoltesi nell'a. s. 2001-2002

Facendo seguito alla precedente nota della Sovrintendente agli studi, prot. n. 53227/5/SS del 27/11/2002 si comunica che il Gruppo tecnico interistituzionale per la definizione di linee guida ed il coordinamento delle attività di educazione alla salute, nell'ambito dello svolgimento dei propri compiti, desidera acquisire informazioni sulle iniziative di Educazione alla Salute realizzate nell'a. s. 2001-2002.

Per semplificare il compito alle Scuole ed al Gruppo si è scelto di utilizzare come strumento di indagine **la scheda allegata** alla presente (una per ogni attività/intervento) che richiede il minimo di impegno per la compilazione, pur fornendo dati sufficientemente significativi per la successiva elaborazione da parte del Gruppo.

Si suggerisce di affidare la compilazione delle schede ai Docenti referenti di Educazione alla Salute (eventualmente coadiuvati da colleghi e/o personale di Segreteria) per la loro competenza e la loro esperienza in materia.

Al fine di classificare le varie attività e nell'intento di utilizzare riferimenti e terminologie comuni ai soggetti *Scuola, Sanità, USL*, si è anche fatto riferimento (nel **quadro C** della scheda) agli obiettivi del Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004.

Può accadere che la singola attività, per la sua complessità, non sia facilmente catalogabile utilizzando le voci impostate oppure che essa possa essere riferita a più di una voce del quadro C: anche in tal caso **dovrà esser indicata ("crocettata") una sola voce**, tra le possibili, e cioè quella che meglio caratterizza l'attività in questione.

Per quanto riguarda la compilazione dei **quadri D, E ed F** si può invece "crocettare" più di una voce.

[...]

(compilare tante schede quante sono le singole attività di Educazione alla Salute
relative all'a. s. 2001-02)

QUADRO A

Educazione alla Salute a. s. 2001 - 2002

ISTITUZIONE SCOLASTICA:

QUADRO B

SCHEDA RIASSUNTIVA ATTIVITÀ n.

DENOMINAZIONE ATTIVITÀ:

.....
.....
.....
.....

QUADRO C

"crocettare" () la voce (una sola) interessata dall'attività:

- promozione del benessere scolastico:** ad esempio rientrano: accoglienza; attività di miglioramento delle relazioni interpersonali; ascolto individuale o di gruppo (sportelli gestiti da psicologi, educatori o insegnanti); attività di miglioramento del processo di insegnamento-apprendimento, per l'orientamento, ecc.
- educazione alla cittadinanza:** ad esempio rientrano: rispetto della diversità, integrazione sociale, orientamento, volontariato, ecc. ; educazione stradale, preparazione al primo intervento o pronto soccorso, ecc.
- prevenzione e promozione della sicurezza:** negli ambienti domestici, negli ambienti di lavoro, sulle strade, nelle strutture sanitarie e sociali, nelle collettività, degli alimenti; ecc.
- promuovere il miglioramento del contesto ambientale:** la corretta gestione dei rifiuti, la qualità delle acque, la qualità dell'aria, ecc.
- promuovere sani stili di vita:** promuovere una sana alimentazione, l'attività fisico-motoria; contrastare l'abitudine al fumo, l'abuso di alcool, l'uso di sostanze stupefacenti, ecc.
- contrastare le patologie causa di mortalità e di morbosità evitabile:** ad esempio: malattie del sistema cardiovascolare, tumori; malattie allergiche in età pediatrica; malattie dell'apparato respiratorio con particolare riguardo all'asma ed alla bronchite cronica; disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia; ecc.
- migliorare la qualità della vita dei soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti** malattie mentali; migliorare l'attività di riabilitazione rivolta ai soggetti con disabilità; ecc.
- adeguare i servizi all'evoluzione del contesto sociale ed allo sviluppo tecnologico:** con

particolare riferimento alla tutela e all'inserimento dei soggetti immigrati

supporto alle fasi della vita: Gestione della fase iniziale della vita: perseguendo: la tutela della salute della donna, della procreazione e della maternità e paternità responsabile, della salute dei minori con particolare attenzione al minore disabile e ai soggetti socialmente deboli; la prevenzione, la cura e la riabilitazione del disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali anche in riferimento agli abusi e maltrattamenti; ecc.

altro (indicare):

QUADRO D	
solo per le Istituzioni scolastiche di base ("crocettare" (☒) la scuola o le scuole interessata/e all'attività): <input type="checkbox"/> materna <input type="checkbox"/> elementare <input type="checkbox"/> media	solo per le Istituzioni scolastiche superiori ("crocettare" (☒) il ciclo o i cicli interessato/i all'attività): <input type="checkbox"/> biennio (primi 2 anni POST MEDIA) <input type="checkbox"/> triennio (anno o anni successivi)

QUADRO E
DESTINATARI ("crocettare" (☒) il soggetto o i soggetti interessato/i): <input type="checkbox"/> alunni <input type="checkbox"/> famiglie <input type="checkbox"/> docenti <input type="checkbox"/> personale non docente

QUADRO F	
FORMATORI / CONDUTTORI / ESPERTI	
"crocettare" (☒) tutte le voci interessate	
<input type="checkbox"/> della stessa scuola	indicare se retribuiti: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> di altra scuola	indicare se retribuiti: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> di enti pubblici	indicare se retribuiti: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
indicare quali:	
<input type="checkbox"/> di enti privati	indicare se retribuiti: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
indicare quali:	
<input type="checkbox"/> di associazioni	indicare se retribuiti: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
indicare quali:	
<input type="checkbox"/> liberi professionisti	indicare se retribuiti: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
indicare quali:	