

Report Osservatorio GIMBE 3/2024

Scuole che Promuovono Salute
Status di attuazione in Italia del programma
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



Maggio 2024

AUTORI

Simone Salemmè, Tiziano Innocenti, Marco Mosti, Roberto Luceri, Francesca Orsi, Elena Cottafava, Antonino Cartabellotta.

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 3/2024. Scuole che Promuovono Salute: status di attuazione in Italia del programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, maggio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/report-sps. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONDI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 3/2024. Scuole che Promuovono Salute: status di attuazione in Italia del programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato finanziato dalla Fondazione GIMBE con la borsa di studio "Giacchino Cartabellotta" 2023 assegnata al Dott. Simone Salemmè, medico neurologo dottorando presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

DISCLOSURE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione non-profit che ha lanciato il programma "La Salute tiene banco" sugli argomenti trattati nel report.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la Fondazione ANP E.T.S. per il supporto alla costruzione del questionario e alla divulgazione della survey e per la revisione dei testi.



© Fondazione GIMBE, maggio 2024.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Report Osservatorio GIMBE 3/2024

Il programma OMS “Scuole che promuovono salute”. Status di attuazione in Italia.

Questo report è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

L'indipendenza è la nostra forza, il tuo sostegno è prezioso. Aiutaci a realizzare nuovi report per difendere i tuoi diritti.

www.sostienigimbe.it

Indice

1. Background	3
1.1. Scuole che promuovono salute e approccio globale alla scuola	3
1.2. Storia delle Scuole che Promuovono Salute.....	4
1.3. Gli standard globali delle Scuole che Promuovono Salute	5
1.4. Alfabetizzazione sanitaria nelle Scuole che Promuovono Salute	6
1.5. L’impatto delle Scuole che Promuovono Salute	7
2. Obiettivi	9
3. Metodi.....	10
4. Risultati.....	14
4.1. Adesione al programma e alla rete SPS e barriere percepite.....	16
4.2. Politiche e risorse della scuola	18
4.3. Governance e leadership scolastica.....	18
4.4. Collaborazione tra scuola e comunità.....	19
4.5. Programma scolastico	19
4.6. Ambiente socio-emotivo scolastico	22
4.7. Ambiente scolastico	23
5. Limiti	24
6. Conclusioni	25
Appendice 1. Questionario utilizzato per la survey	28

1. Background

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) rappresentano la principale causa di morte e disabilità a livello mondiale¹. In Italia si stima che il 91% dei decessi sia causato da MCNT, prevalentemente attribuibili a patologie cardiovascolari (es. infarto miocardico), polmonari croniche (es. BPCO, asma), tumori, diabete, malattie neurodegenerative (es. malattia di Alzheimer)². L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite³ definisce tra i suoi obiettivi principali la riduzione della mortalità prematura da MCNT (Target 3.4), attualmente al 10% nel nostro Paese⁴.

La prevenzione delle MCNT richiede pertanto un approccio globale, che comporta l'implementazione di strategie che affrontino questa sfida di sanità pubblica da molteplici prospettive e settori. In tal senso, il programma Scuole che Promuovo Salute (SPS) costituisce una delle strategie potenzialmente di maggior impatto sulla popolazione. Si tratta di un programma sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in collaborazione con il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO)⁵. Identificando la scuola non solo come luogo in cui diffondere i contenuti dell'alfabetizzazione sanitaria, ma anche come sistema per radicare comportamenti volti a promuovere la salute e il benessere, il programma SPS ha dunque permesso l'implementazione dell'approccio globale alla scuola.

1.1. Scuole che promuovono salute e approccio globale alla scuola

La promozione della salute rappresenta uno dei pilastri delle attività di sanità pubblica: promuovere salute significa favorire la creazione di un ambiente dove le persone sono più propense a scegliere stili di vita salutari, riducono l'esposizione a fattori di rischio per la salute e vivono più a lungo in assenza di malattia.

Nel corso degli ultimi decenni, è stata rivolta una crescente attenzione all'approccio *life-course* della promozione della salute⁶. Tale approccio riconosce una stretta interdipendenza delle diverse fasi della vita, adottando una visione olistica della salute, sia dell'individuo che della società. Nell'approccio *life-course*, particolare rilevanza assumono gli interventi di promozione della salute destinati alla fascia più giovane della popolazione, perchè hanno un elevato potenziale di generare benessere, richiedendo investimenti con buon profilo di costo-efficacia e modificando la traiettoria di invecchiamento sin dalle fasi più precoci.

¹GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1204-1222.

²GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol* 2024;23:344-381.

³Sustainable Development Summit. The Sustainable Development Agenda. United Nations; 2015. Disponibile a: www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁴WHO Team. Non communicable diseases Italy 2018 country profile. World Health Organization; 2018. Disponibile a: www.who.int/publications/m/item/noncommunicable-diseases-ita-country-profile-2018. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁵World Health Organization. Health promoting schools. World Health Organization; 2019. Disponibile a: www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁶World Health Organisation. Our work: life course. World Health Organization; 2023. Disponibile a: www.who.int/our-work/life-course. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

L'OMS definisce le SPS come scuole costantemente impegnate nel migliorare la propria abilità di offrire un ambiente salutare in cui vivere, imparare e lavorare⁷. Le SPS ampliano dunque la prospettiva sul ruolo che la scuola riveste nella salute dei giovani. La scuola, infatti, da un lato è il luogo dove deve avvenire la trasmissione di informazioni necessarie ai giovani per operare scelte in linea con stili di vita salutari, dall'altro deve farsi promotrice di salute tramite specifiche strategie inerenti i propri ambienti. Le SPS rappresentano la realizzazione pratica del concetto di approccio globale alla scuola⁸, che riconosce nella scuola un sistema multidimensionale in cui più attori (es. giovani, docenti, familiari, comunità) possono interagire in processi continui di apprendimento volti alla creazione di ambienti fisici e socio-emotivi favorevoli per la salute (box 2.1).

Box 2.1. Glossario

Scuola che promuove la salute: scuola che rafforza costantemente la sua capacità di essere un ambiente sano per vivere, imparare e lavorare. Il concetto di SPS incarna un approccio globale alla promozione della salute e dei risultati scolastici, utilizzando il potenziale organizzativo delle scuole per favorire le condizioni fisiche, socio-emotive e psicologiche per la salute e per ottenere risultati educazionali positivi.

Approccio globale alla scuola: approccio per migliorare la salute, il benessere e i risultati scolastici degli studenti, tenendo conto delle esigenze di studenti, famiglie, personale scolastico e comunità. Questo approccio comporta un'azione collaborativa da parte dell'intera comunità scolastica e coinvolge l'intero ambiente scolastico fisico e sociale.

1.2. Storia delle Scuole che Promuovono Salute

Il concetto delle SPS si ispira ai principi della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute⁹, pubblicata dall'OMS nel 1986 e adottata a livello globale nel 1989. Risultato della prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, la Carta di Ottawa è una delle risposte più importanti ai crescenti bisogni di salute della popolazione nella storia della sanità pubblica. Le azioni promosse dalla Carta di Ottawa ruotano attorno a 5 macro-aree:

- costruire una politica pubblica per la tutela della salute
- creare ambienti favorevoli
- rafforzare l'azione della comunità
- sviluppare le capacità personali
- riorientare i servizi sanitari ponendo al centro la persona

⁷ Jones JT, Furner M, WHO Global School Health Initiative & World Health Organization. Health Education and Promotion Unit. Health promoting-schools: a healthy setting for living, learning and working. World Health Organization; 1998. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/63868>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024

⁸ UNESCO International Bureau of Education. Whole School Approach. In: Training tools for curriculum development: a resource pack for global citizenship education (GCED). UNESDOC Digital Library. Disponibile a: https://openlearning.unesco.org/assets/courseware/v1/1554885be57ff8c7ed500abe187e6eca/asset-v1:UNESCO+UNESCO-04+2021_01+type@asset+block/Whole_school_approach.pdf. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁹ WHO, Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association. Ottawa charter for health promotion. World Health Organisation; 2012. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/WH-1987. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

Negli anni '90, dunque, l'OMS ha traslato tali principi in ambito scolastico, strutturando e definendo le caratteristiche delle SPS in un processo di collaborazione internazionale condiviso con UNICEF e UNESCO.

Nello stesso periodo, si sono costituite le prime reti di SPS¹⁰, la prima delle quali in Europa: la *Schools for Health in Europe Network Foundation*¹¹ (SHE), inizialmente nata come rete sostenuta dall'OMS, è poi divenuta un'organizzazione non governativa indipendente. Attualmente il network conta più di 30 paesi membri che aderiscono a standard SHE e cooperano per la diffusione della cultura sulle SPS. Successivamente, l'OMS ha lanciato due iniziative sul tema: la *Global Health School Initiative*¹² (GHSI) e la *Focusing Resources on Effective School Health (FRESH) Initiative*¹³. Tali iniziative mirano a implementare le SPS, definendone 6 pilastri:

- politiche per la tutela della salute nelle scuole
- ambiente scolastico fisico
- ambiente scolastico sociale
- skill ed educazione sanitaria
- connessioni con familiari e comunità
- accesso ai servizi sanitari scolastici

Nel 2018 l'OMS ha, infine, lanciato l'iniziativa *Making every school a health promoting school*¹⁴, che sostiene la diffusione delle SPS attraverso tre documenti^{15,16,17} che definiscono gli standard globali delle SPS e forniscono le indicazioni per implementarle in diversi contesti.

1.3. Gli standard globali delle Scuole che Promuovono Salute

L'OMS identifica 8 standard globali delle SPS:

- **Politiche e risorse governative:** un approccio intersettoriale che coinvolga più ministeri è alla base del supporto centrale alle SPS.
- **Politiche e risorse della scuola:** un approccio globale alla scuola che riconosca la centralità della salute è alla base del supporto locale alle SPS.

¹⁰ World Health Organisation. The status of school health. World Health Organisation; 1996. Disponibile a: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63364/WHO_HPR_HEP_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹¹ Schools for Health in Europe Network Foundation. Disponibile a: www.schoolsforhealth.org. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹² World Health Organization. Global school health initiatives: achieving health and education outcomes. Health and Education Resource Centre; 2017. Disponibile a: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/global-school-health-initiatives-achieving-health-and-education-outcomes>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹³ UNESCO, WHO, UNICEF, World Bank. Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH start to enhancing the quality and equity of education. SCN Food & Nutrition Resource Portal; 2001. Disponibile a: www.unscn.org/web/archives_resources/html/resource_000429.html. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹⁴ World Health Organization. Making Every School a Health Promoting School; 2023. Disponibile a: www.who.int/initiatives/making-every-school-a-health-promoting-school. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹⁵ WHO, UNESCO, UNICEF, WFP. Making every school a health-promoting school: country case studies. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240025431. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹⁶ World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Making every school a health-promoting school: global standards and indicators. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240025059. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹⁷ WHO, UNESCO, UNICEF, WFP. Making every school a health-promoting school: implementation guidance. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240025073. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

- **Governance e leadership scolastica:** un approccio distribuito che valorizzi la pluralità degli attori coinvolti è alla base della leadership delle SPS.
- **Collaborazione tra scuola e comunità:** un approccio collaborativo che metta in relazione scuola e contesto socio-culturale è alla base della sostenibilità delle SPS.
- **Programma scolastico:** un approccio olistico che includa trasversalmente la salute nel programma scolastico è alla base dell'efficacia delle SPS.
- **Ambiente socio-emotivo scolastico:** un approccio inclusivo che favorisca la creazione di un ambiente socio-emotivo sicuro è alla base delle interazioni nelle SPS.
- **Ambiente scolastico:** un approccio inclusivo che favorisca la creazione di un ambiente accessibile, salubre e sicuro è alla base dello sviluppo delle SPS.
- **Servizi sanitari scolastici:** la disponibilità di servizi sanitari che rispondano ai bisogni di salute dei giovani è complementare alle attività delle SPS.

Gli 8 standard globali delle SPS formalizzano l'approccio globale alla scuola già introdotto: sono previsti attori multipli nello sviluppo, implementazione, monitoraggio e valutazione delle SPS, distribuiti in contesti diversi, dalle Istituzioni governative alla scuola.

Gli standard globali rappresentano il punto di partenza del ciclo di implementazione delle SPS, articolato in 5 fasi:

- Valutare gli standard per le SPS e definire un gruppo di lavoro
- Analizzare il contesto e identificare priorità, obiettivi e attori coinvolti
- Definire la strategia di implementazione e gli indicatori di monitoraggio
- Implementare il piano a livello nazionale, regionale/locale o scolastico
- Monitorare l'implementazione e identificare aree di miglioramento

Standard e indicatori devono essere attentamente selezionati all'inizio del processo di implementazione e adattati sia al contesto socio-culturale, sia al livello di esperienza in tema di SPS.

1.4. Alfabetizzazione sanitaria nelle Scuole che Promuovono Salute

Nelle SPS il programma scolastico (standard 5) è uno dei canali principali per lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, ovvero l'insieme di conoscenze (teoria) e competenze (pratica) sul tema della salute che si sviluppano progressivamente nel corso delle attività quotidiane e delle interazioni sociali. Secondo l'OMS, tali conoscenze e competenze sono mediate dalle strutture organizzative e dalla disponibilità di risorse che consentono alle persone di accedere, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi, al fine di promuovere e mantenere salute e benessere per sé stessi e per la collettività¹⁸. In tal senso, l'alfabetizzazione sanitaria è centrale per il raggiungimento dell'obiettivo primario delle SPS, ovvero la promozione della salute. L'acquisizione di conoscenze teoriche e lo sviluppo di competenze cognitivo-comportamentali specifiche sono infatti alla base dell'abilità di interpretare criticamente le informazioni sul tema della salute e, in ultimo, per compiere scelte consapevoli rispetto a stili di vita salutari, accesso ai servizi sanitari e opzioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali.¹⁹

¹⁸ World Health Organization. Improving health literacy. Disponibile a: www.who.int/health-promotion/enhanced-wellbeing/improving-health-literacy. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

¹⁹ Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc* 2018;62:116-127.

L'approccio globale alla scuola promuove e facilita quindi un'alfabetizzazione sanitaria strutturata, dall'acquisizione di informazioni sul tema della salute all'esplorazione di ambienti che promuovono salute (box 2.2). L'alfabetizzazione sanitaria può infine essere considerata un valido strumento di *pre-bunking*, ovvero azione preventiva nei confronti della diffusione di informazioni erranee (*fake news*)²⁰. Infatti, la combinazione tra l'eccessiva disponibilità di informazioni (infodemia) e la condivisione consapevole (disinformazione) o inconsapevole (misinformazione) di *fake news* ha un impatto non trascurabile sulla salute, come sperimentato durante la pandemia di COVID-19^{21,22}.

Box 2.2. Sottotipi di alfabetizzazione sanitaria²³

- **Funzionale:** acquisizione delle abilità di base relative alle informazioni sul tema della salute (es. accedere alle informazioni e orientarsi tra le fonti).
- **Interattiva:** sviluppo di competenze cognitivo-comportamentali utili per contestualizzare le informazioni sul tema della salute (es. valutare criticamente i contenuti di messaggi sulla salute).
- **Critica:** affinamento di competenze cognitivo-comportamentali utili per analizzare criticamente le informazioni sul tema della salute ed esercitare un controllo consapevole sulla propria vita (es. compiere azioni eticamente e socialmente responsabili).

1.5. L'impatto delle Scuole che Promuovono Salute

Educazione e salute sono strettamente interdipendenti, generando circoli virtuosi o viziosi: infatti, se da un lato frequenza e performance scolastiche dipendono dal benessere fisico e mentale, questo è a sua volta influenzato dalla capacità e dalla possibilità di effettuare scelte che promuovono salute. Un'interdipendenza confermata dai risultati di una recente revisione sistematica²⁴ che dimostrano un'associazione lineare e inversamente proporzionale tra scolarità e mortalità: all'aumentare degli anni trascorsi in un percorso formativo si riduce il rischio di mortalità in età adulta. Rispetto all'assenza di scolarizzazione, aver frequentato la scuola primaria riduce il rischio di mortalità di circa il 13%, e di quasi il 34% per chi ha completato l'equivalente di una laurea magistrale.

Relativamente all'impatto delle SPS sulle performance scolastiche degli alunni di scuole primarie e secondarie uno studio²⁵ ha dimostrato che a due anni dall'inizio, le scuole che avevano raggiunto degli standard minimi di implementazione delle SPS hanno registrato una riduzione di performance scolastiche "mediocri" o "scarse". Il miglioramento dei risultati

²⁰ Van der Linden S. Misinformation: susceptibility, spread, and interventions to immunize the public. *Nat Med* 2022;28:460-467.

²¹ Borges do Nascimento IJ, Pizarro AB, Almeida JM, Azzopardi-Muscat N, Gonçalves MA, Björklund M, Novillo-Ortiz D. Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ* 2022;100:544-561.

²² Verma G, Bhardwaj A, Aledavood T, De Choudhury M, Kumar S. Examining the impact of sharing COVID-19 misinformation online on mental health. *Sci Rep* 2022;12:8045.

²³ Nutbeam D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15:259-267.

²⁴ IHME-CHAIN Collaborators. Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2024;9:e155-e165.

²⁵ Lee A, Cheng FF, Fung Y, St Leger L. Can Health Promoting Schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:530-6.

scolastici potrebbe contribuire, sul lungo termine, ad una più lunga permanenza nei percorsi di studi e, di conseguenza, ad un aumento dell'aspettativa di vita.

L'impatto delle SPS sulla salute degli adolescenti è stato valutato in una revisione sistematica Cochrane su 15 outcome: i risultati evidenziano una relazione positiva tra SPS e indice di massa corporea, forma fisica, consumo di frutta e verdura, tabagismo e bullismo²⁶.

Complessivamente, le evidenze ad oggi disponibili sostengono il ruolo centrale delle SPS non solo nell'ambito della sanità pubblica, ma anche nel raggiungimento degli obiettivi dalle Nazioni Unite nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile²⁷.

²⁶ Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:CD008958.

²⁷ Nazioni Unite. Centro regionale di informazione delle Nazioni Unite. Disponibile a: <https://unric.org/it/agenda-2030/>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

2. Obiettivi

Il presente studio si pone tre obiettivi:

- indagare conoscenza e stato di implementazione del programma SPS in Italia;
- identificare i temi affrontati dai curricula di alfabetizzazione sanitaria nelle scuole secondarie di secondo grado;
- identificare le barriere percepite alla diffusione e implementazione nazionale del programma SPS.

3. Metodi

Al fine di raggiungere gli obiettivi dello studio è stata progettata e condotta una survey sugli istituti scolastici italiani. Il questionario utilizzato per la survey, basato sugli standard globali per le SPS adattati al contesto italiano, è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE, in collaborazione con la Fondazione ANP E.T.S.

Identificazione dei destinatari della survey. In accordo con il programma SPS dell'OMS che è rivolto alle scuole di ogni ordine e grado, la survey è stata rivolta a tutti gli istituti scolastici del territorio italiano.

La Fondazione GIMBE ha ricercato gli istituti scolastici sul portale “Scuola in chiaro” del Ministero dell'Istruzione e del Merito²⁸, estraendo per ciascuno i seguenti dati:

- tipologia di istituto: scuola primaria, secondaria di I grado, secondaria di II grado
- classificazione: statale o paritaria
- nome dell'istituto principale
- codice dell'istituto principale assegnato dal Ministero dell'Istruzione e del Merito
- nome del plesso o scuola
- codice del plesso/scuola assegnato dal Ministero dell'Istruzione e del Merito
- indirizzo completo della sede
- contatto email

Al fine di prevenire risposte duplicate da parte del medesimo istituto comprensivo o da parte di scuole con più plessi si è proceduto a de-duplicare i dati sulla base del campo “codice istituto”.

Per l'invio della survey sono stati utilizzati i contatti email reperiti. Sono stati annotati e riportati (cfr. § 4) il numero di indirizzi email inesistenti, rilevati tramite bounce di risposta alla mail di invito.

Considerato che la survey è stata inviata a tutti gli istituti nel territorio italiano, non si è proceduto ad un calcolo formale della numerosità campionaria. Tuttavia, è stato calcolato il numero necessario di risposte complete (n=374) volto a garantire una rappresentatività del campione a livello nazionale con margine di errore inferiore a $\pm 5\%$ ²⁹. Il campionamento effettuato non ha previsto di realizzare analisi per sottogruppi (es. per Regione, area geografica, tipologia di istituto).

Sviluppo del questionario. Il questionario utilizzato per la survey è stato strutturato in due sezioni: la parte A contiene quesiti finalizzati a raccogliere informazioni relative alla sede geografica e alla tipologia degli istituti; la parte B contiene i quesiti per valutare l'aderenza al programma SPS e alla rete SPS.

²⁸ Ministero dell'Istruzione e del Merito. Scuola in chiaro. Disponibile a: www.miur.gov.it/-/scuola-in-chiaro. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

²⁹ SurveyMonkey. Sample size calculator. Disponibile a: www.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

Per lo sviluppo della parte B è stata effettuata una ricerca bibliografica, tramite database (Medline) e letteratura grigia, che ha permesso di reperire il manuale OMS di implementazione delle SPS³⁰, dal quale sono stati estratti gli elementi (strategie e output) suggeriti per 12 aree di implementazione, distinte tra livello nazionale, regionale e locale. Gli elementi sono stati tradotti in lingua italiana, quindi sottoposti ad un team multiprofessionale con il fine di valutare l'appropriatezza sia della traduzione in riferimento alla terminologia specifica del settore scolastico italiano, sia degli elementi estratti in riferimento al contesto italiano e ai destinatari della survey. A seguito di tale processo sono stati esclusi gli elementi dello standard 1 (Politiche e risorse del governo), non appropriato per i destinatari della survey e lo standard 8 (Servizi sanitari scolastici), non applicabile al contesto italiano (tabella 4.1).

Standard	Incluso	Destinatari
1. Politiche e risorse del governo	No ^a	-
2. Politiche e risorse della scuola	Sì	Istituti aderenti al Programma SPS
3. Governance e leadership scolastica	Sì	Istituti aderenti al Programma SPS
4. Collaborazione tra scuola e comunità	Sì	Istituti aderenti al Programma SPS
5. Programma scolastico	Sì	Tutti gli Istituti
6. Ambiente socio-emotivo scolastico	Sì	Tutti gli Istituti
7. Ambiente scolastico	Sì	Tutti gli Istituti
8. Servizi sanitari scolastici	No ^b	-
^a Escluso per inappropriatezza rispetto ai destinatari		
^b Escluso per inapplicabilità al contesto italiano		

Tabella 4.1. Standard OMS utilizzati per lo sviluppo del questionario

Considerata la stretta relazione con il programma SPS, i quesiti derivati dagli standard 2, 3 e 4 sono stati somministrati solo agli istituti che avevano dichiarato di aver aderito al programma SPS. Quelli derivati dagli standard 5, 6 e 7, in ragione del loro carattere trasversale, sono stati somministrati invece a tutti gli istituti.

Per approfondire il contenuto dei curricula di alfabetizzazione sanitaria, i quesiti relativi all'implementazione delle SPS sono stati inoltre integrati con una domanda sviluppata a partire da due documenti OMS sugli standard globali delle SPS e sui servizi sanitari scolastici^{31,32} da cui sono state estratte 17 tematiche potenzialmente oggetto di formazione (box 4.1) ed è stata data ai rispondenti la possibilità di segnalare tematiche aggiuntive.

³⁰ WHO, UNESCO, UNICEF, WFP. Making every school a health-promoting school: implementation guidance. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240025073. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

³¹ WHO, UNESCO. WHO guideline on school health services. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240029392. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

³² WHO, UNESCO, UNICEF, WFP. Making every school a health-promoting school: country case studies. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240025431. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

Box 4.1. Elementi potenzialmente oggetto di formazione

- Life skills: consapevolezza di sé, gestione delle emozioni, gestione dello stress, empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci, creatività, senso critico, capacità decisionale, problem solving
- Dipendenza dal fumo di tabacco
- Dipendenza da alcool
- Dipendenza da altre sostanze stupefacenti
- Dipendenza da internet, social-media e/o videogame
- Igiene del sonno
- Educazione alimentare
- Educazione fisica
- Educazione sessuale
- Equità di genere
- Salute mentale
- Prevenzione incidenti domestici
- Prevenzione malattie infettive
- Prevenzione violenza e/o bullismo e/o cyberbullismo
- Sicurezza stradale
- Primo soccorso
- Vivere con malattie croniche e/o disabilità

Il questionario è stato quindi sottoposto ad una seconda valutazione da parte del team multiprofessionale, al fine di valutare l'appropriatezza dei quesiti, la loro sequenza e le logiche di risposta. Infine, è stato implementato sul software Alchemer³³, fruibile tramite PC, tablet o smartphone. Il testo finale del questionario prevedeva due parti (appendice 1):

- Parte A composta da 7 quesiti destinati a tutti gli istituti con l'obiettivo di indagarne le caratteristiche, l'adesione al programma e alla rete SPS e le eventuali barriere percepite all'adesione.
- Parte B composta da 8 quesiti destinati ai soli istituti aderenti al programma SPS, con l'obiettivo di indagare gli aspetti di *governance* e da 13 quesiti destinati a tutti gli istituti, volti ad indagare i programmi e gli ambienti scolastici.

L'adattamento digitale del questionario è stato oggetto di un test pilota di usabilità che ha preceduto la fase di disseminazione.

Somministrazione della survey. Il 13 luglio 2023 è stato inviato dalla Fondazione GIMBE il primo invito via email a tutti gli istituti scolastici; al fine di incrementare il tasso di risposta alla survey, sono stati inviati due solleciti: il 28 agosto 2023 dalla Fondazione GIMBE e il 23 novembre 2023 dalla Fondazione ANP E.T.S., limitatamente ai loro iscritti. La survey è stata chiusa il 12 dicembre 2023.

Tutti i partecipanti alla survey sono stati preventivamente informati delle modalità di compilazione (anonima e volontaria), oltre che su identità dei ricercatori, durata della survey, natura dei dati oggetto di archiviazione, sede e tempi di archiviazione, prevista pubblicazione

³³ Enterprise Online Survey Software & Tools. Alchemer. Disponibile a: www.alchemer.eu. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

e disseminazione dei risultati in formato aggregato. Il consenso informato è stato esplicitamente richiesto prima di completare e inviare il questionario. Gli indirizzi IP sono stati anonimizzati e mascherati. I dati sono stati mantenuti riservati e valutati in conformità con i principi della direttiva europea sulla protezione dei dati³⁴.

Analisi dei dati. Sul totale delle risposte complete sono state calcolate le frequenze per i dati continui e i conteggi e le percentuali per i dati binari. I risultati sono stati riportati sia in forma descrittiva che attraverso grafici e tabelle (§ 5).

³⁴ EUR-Lex. Document 32016R0679 - Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). Disponibile a: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

4. Risultati

Dei 13.410 destinatari inclusi nell'indirizzario, per 311 non era disponibile l'indirizzo email e per 215 l'indirizzo email è risultato errato. Sono pertanto stati raggiunti 12.884 destinatari, che hanno ricevuto le istruzioni per la compilazione della survey e il link di accesso. Complessivamente, 493 istituti hanno fornito una risposta completa alla survey (tasso di risposta 3,8%), mentre 115 hanno fornito risposte parziali e sono stati dunque esclusi dalle analisi. Il numero di risposte complete ha garantito una rappresentatività del campione a livello nazionale con margine di errore del $\pm 4,3\%$ (figura 5.1).

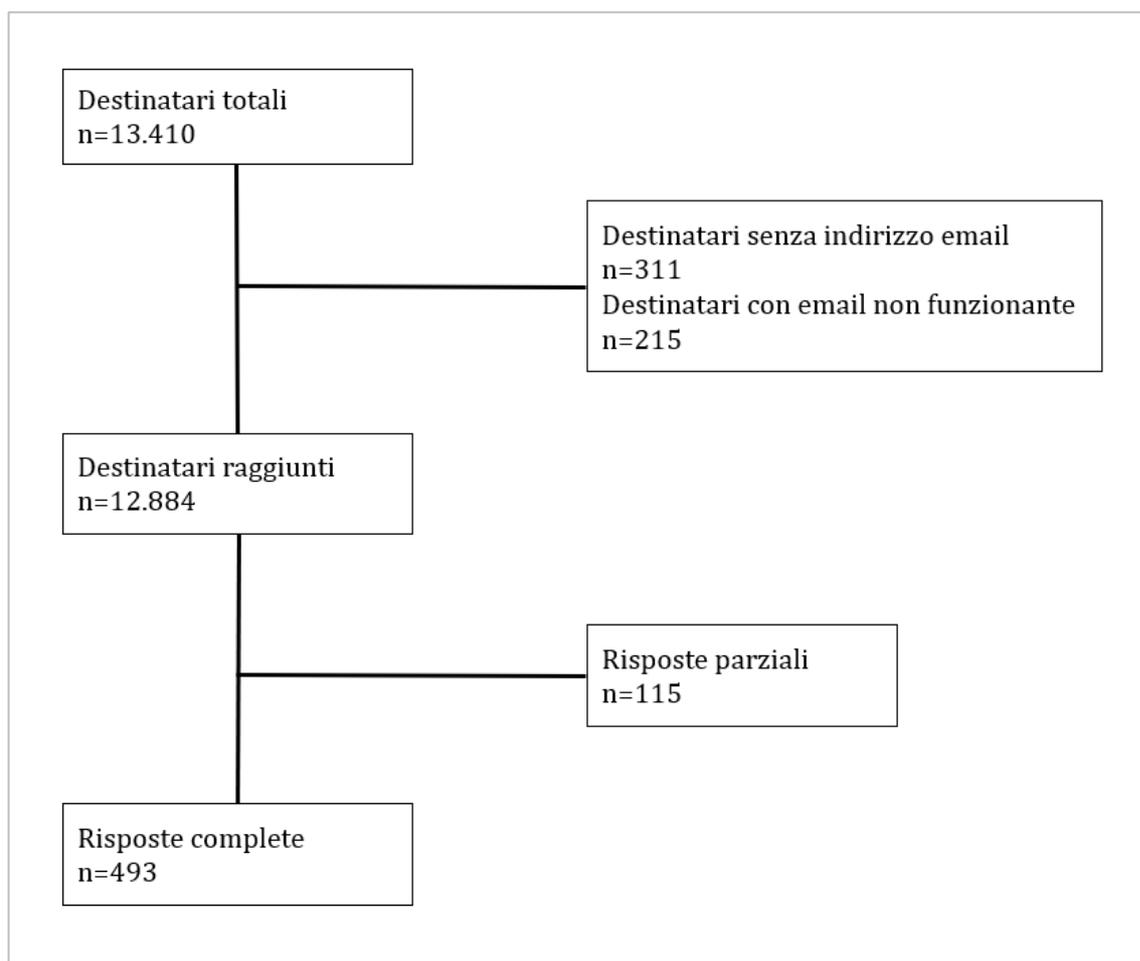


Figura 5.1: Diffusione e compilazione della survey: diagramma di flusso

Le risposte alla survey sono pervenute da istituti dislocati in 20 Regioni e Province Autonome (tabella 5.1) e in 101 Province italiane (non rappresentate le Province di Aosta, Cosenza, Grosseto, Isernia, Potenza e Vibo Valentia).

Regione	N°	Percentuale
Abruzzo	6	1,2%
Basilicata	2	0,4%
Calabria	4	0,8%
Campania	23	4,7%
Emilia-Romagna	43	8,7%
Friuli Venezia Giulia	19	3,9%
Lazio	43	8,7%
Liguria	14	2,8%
Lombardia	102	20,7%
Marche	7	1,4%
Molise	2	0,4%
Piemonte	47	9,5%
Prov. Aut. di Bolzano	2	0,4%
Prov. Aut. di Trento	8	1,6%
Puglia	37	7,5%
Sardegna	10	2,0%
Sicilia	35	7,1%
Toscana	29	5,9%
Umbria	8	1,6%
Veneto	52	10,5%
Totale	493	100,0%

Tabella 5.1. Distribuzione regionale degli istituti rispondenti alla survey

Il 51,7% degli istituti rispondenti ha dichiarato di essere un istituto comprensivo, il 40,6% è rappresentato da scuole secondarie di 2° grado, il 4,7% da direzioni didattiche e il 3% da scuole secondarie di 1° grado (figura 5.2).

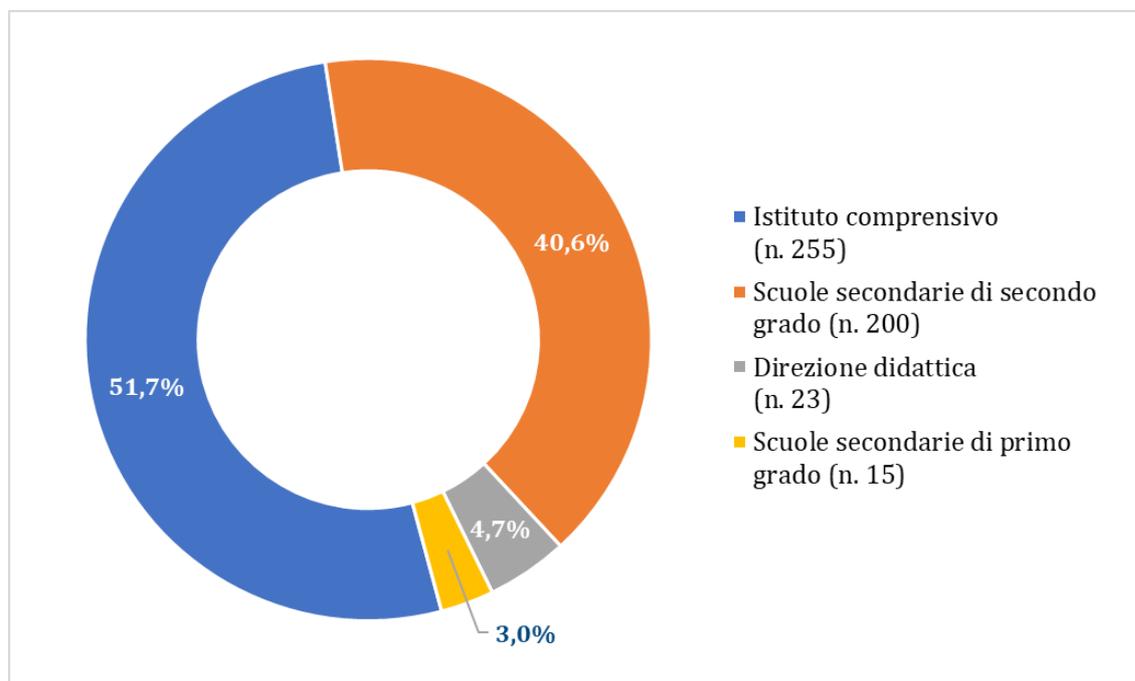


Figura 5.2. Classificazione degli istituti partecipanti alla survey

4.1. Adesione al programma e alla rete SPS e barriere percepite

Il 61,9% degli istituti ha dichiarato di aver aderito al programma SPS, rispetto al 31,2% di non aderenti. Inoltre, il 6,9% dei rispondenti ha dichiarato di non essere a conoscenza dello stato di adesione del proprio istituto al programma SPS (figura 5.3).

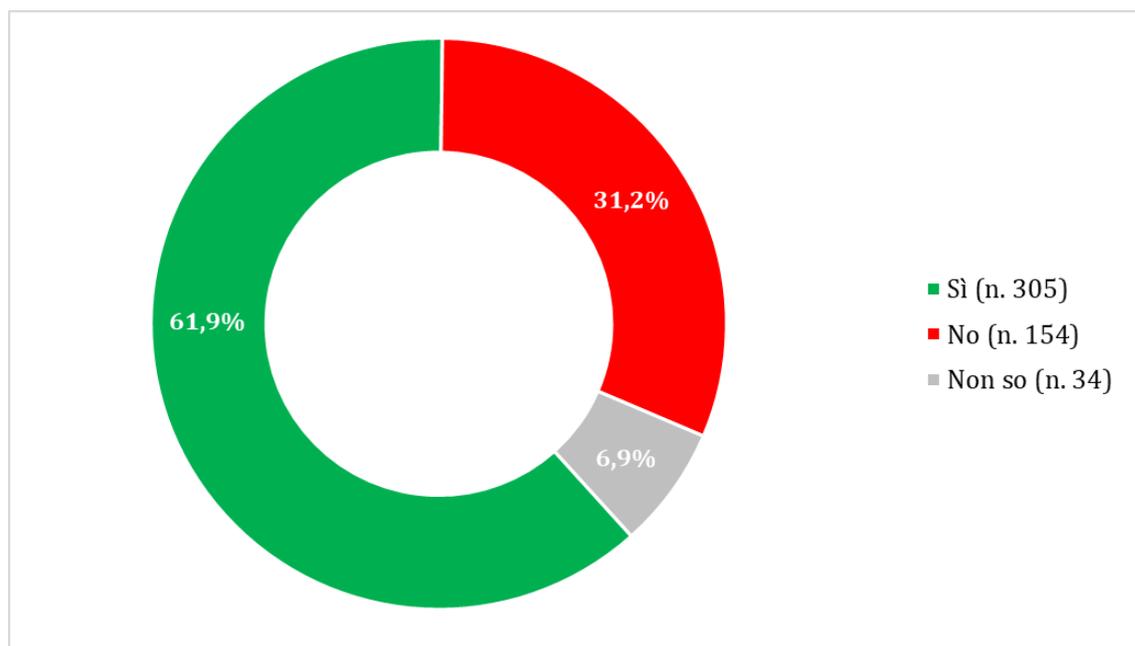


Figura 5.3. Adesione degli istituti al programma SPS

L'esplorazione qualitativa delle risposte ha identificato nelle barriere strutturali e organizzative quelle più frequentemente percepite dagli istituti non aderenti al programma SPS: in particolare, laddove specificato, carenza di personale e carenza di comunicazione/informazione. Meno frequentemente le barriere percepite sono di natura economica. È inoltre emerso che, sebbene non formalizzati nel contesto del programma SPS, diversi istituti hanno attivato indipendentemente programmi volti a:

- potenziare l'alfabetizzazione sanitaria (es. *l'istituto comprensivo lavora sistematicamente sull'elaborazione e sulla realizzazione di curricula di istituto di educazione ambientale, alla salute e alla sicurezza, con la creazione di un portfolio che accompagna gli alunni negli anni e documenta le attività svolte*);
- migliorare gli ambienti scolastici (es. *gli organi collegiali della direzione didattica che dirigo hanno approvato il progetto "merenda sana" che stabilisce quali cibi possono essere consumati*).

Dei 305 rispondenti aderenti al programma SPS, l'89,5% ha dichiarato che l'istituto di appartenenza è anche inserito nella rete SPS, mentre il 4,9% ha dichiarato di non farne parte e il 5,6% di non essere a conoscenza dell'inserimento dell'istituto nella rete SPS (figura 5.4).

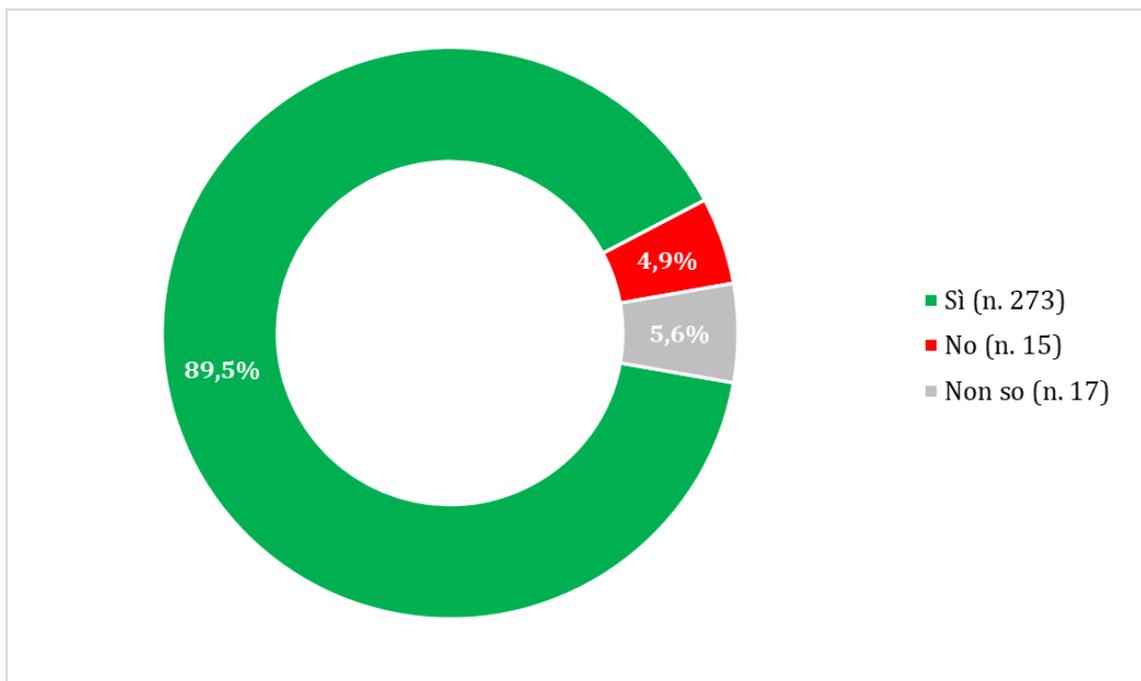


Figura 5.4. Inserimento degli istituti aderenti al programma nella rete SPS

La barriera più frequentemente percepita dagli istituti non facenti parte della rete SPS è la carenza di comunicazione/informazione. È inoltre emerso che alcuni istituti aderiscono ad altre reti (regionale, provinciale) o prevedono nel breve termine l'inserimento dell'istituto nella rete SPS.

4.2. Politiche e risorse della scuola

Dei 305 istituti aderenti al programma SPS, il 75,4% ha riportato di avere un piano dedicato al programma SPS, il 19,7% è senza un piano, mentre il 4,9% chi ha compilato la survey non è a conoscenza dell'eventuale presenza di un piano. Il 57% degli istituti aderenti ha dichiarato di disporre di un piano per il coinvolgimento, la comunicazione e collaborazione tra scuola e stakeholder del programma SPS. Risorse adeguate e monitoraggio regolare sia dei piani che delle risorse sono stati riportati rispettivamente dal 62,6% e 61,3% degli istituti (figura 5.5).

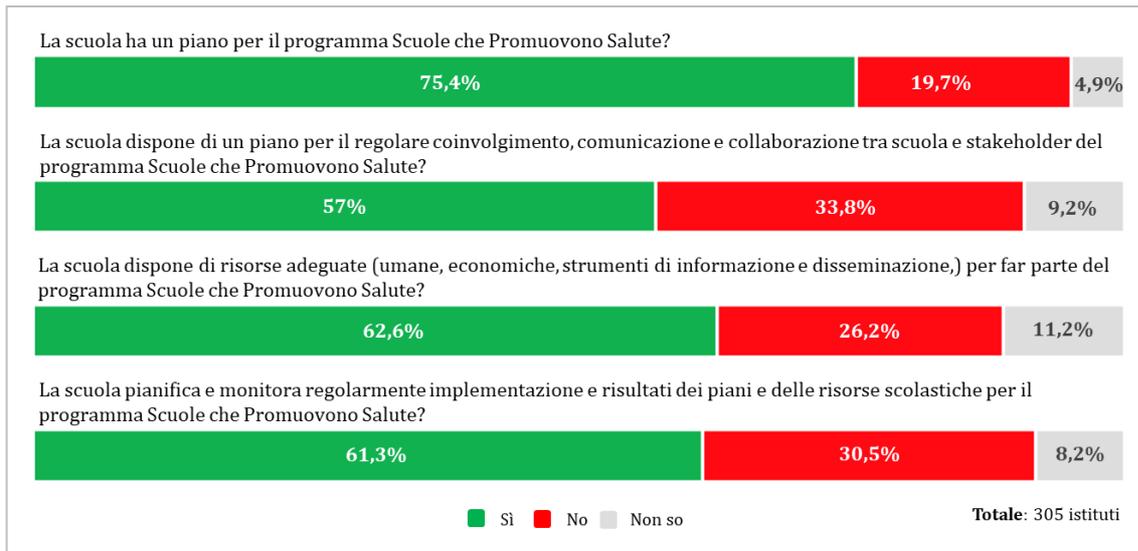


Figura 5.5. Risorse e politiche della scuola

4.3. Governance e leadership scolastica

Dei 305 istituti aderenti al programma SPS, il 98% ha riportato di ricevere sostegno e promozione del programma da parte del dirigente e dei suoi collaboratori, lo 0,7% non dispone di tale supporto, mentre l'1,3% dei rispondenti non ne è a conoscenza. Il 69,5% degli istituti ha dichiarato di disporre di opportunità di formazione in materia di leadership e sul programma SPS e il 42% di monitorare regolarmente i progressi e le prestazioni della governance scolastica (figura 5.6).

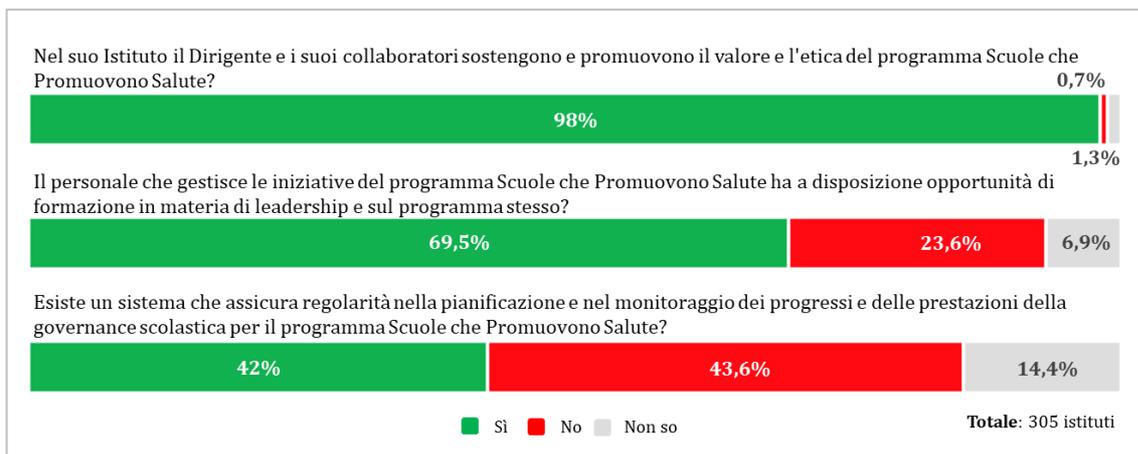


Figura 5.6. Governance e leadership scolastica

4.4. Collaborazione tra scuola e comunità

Dei 305 istituti aderenti al programma SPS, il 59% ha dichiarato di coinvolgere studenti, genitori, familiari e tutori legali negli aspetti del programma SPS, il 32,1% non adotta tale approccio partecipativo, mentre l'8,9% di chi ha compilato la survey non ne è a conoscenza. Il 79,3% ha riportato di impegnarsi e collaborare con modalità formali e informali con gli stakeholder della comunità locale. L'esplorazione qualitativa delle risposte ha identificato nelle aziende sanitarie (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere/Ospedaliere-Universitarie) gli stakeholder più frequentemente coinvolti. Sono state segnalate anche collaborazioni con associazioni (es. Associazione italiana per la donazione degli organi, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori), organizzazioni (es. Rotary e Lions), fondazioni o municipalità. Un approccio partecipativo che includa famiglie e comunità locali per la pianificazione e monitoraggio dei progressi è stato riportato dal 62% degli istituti (figura 5.7).

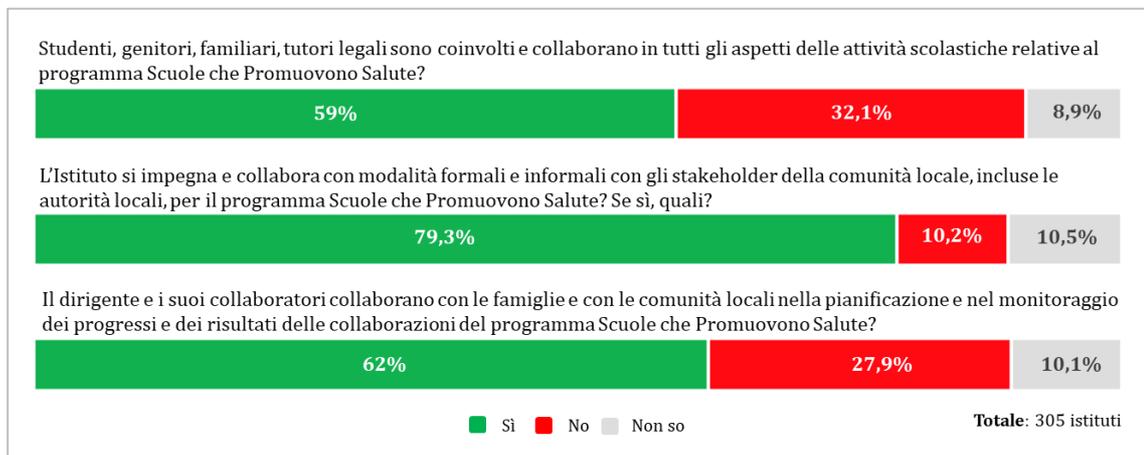


Figura 5.7. Collaborazione tra scuola e comunità

4.5. Programma scolastico

Dei 493 rispondenti, l'85,2% ha riportato che il personale scolastico dimostra di conoscere e comprendere lo sviluppo e le caratteristiche fisiche, sociali e psicologiche degli studenti e il modo in cui possono influenzare l'apprendimento e il comportamento. Il 4,1% ha invece dichiarato di non possedere tali conoscenze e il 10,7% di non essere in grado di rispondere. Il 95,8% ha dichiarato che il programma scolastico promuove un consumo e un ambiente sostenibili e l'88,5% ha riportato l'instaurarsi di relazioni tra docenti e tra studenti e docenti che promuovono un corretto approccio verso la salute. Formazione del personale e supporto per l'alfabetizzazione sanitaria sono forniti nel 61,2% degli istituti, il 26% non prevede tale formazione e supporto, mentre il 12,8% di chi ha compilato la survey non ne era a conoscenza. Il contenuto e l'implementazione del programma scolastico rispetto agli obiettivi di salute e benessere sono regolarmente monitorati dal 60,8% degli istituti, il 27% non prevede tale monitoraggio, mentre il 12,2% di chi ha compilato la survey non ne era a conoscenza (figura 5.8).

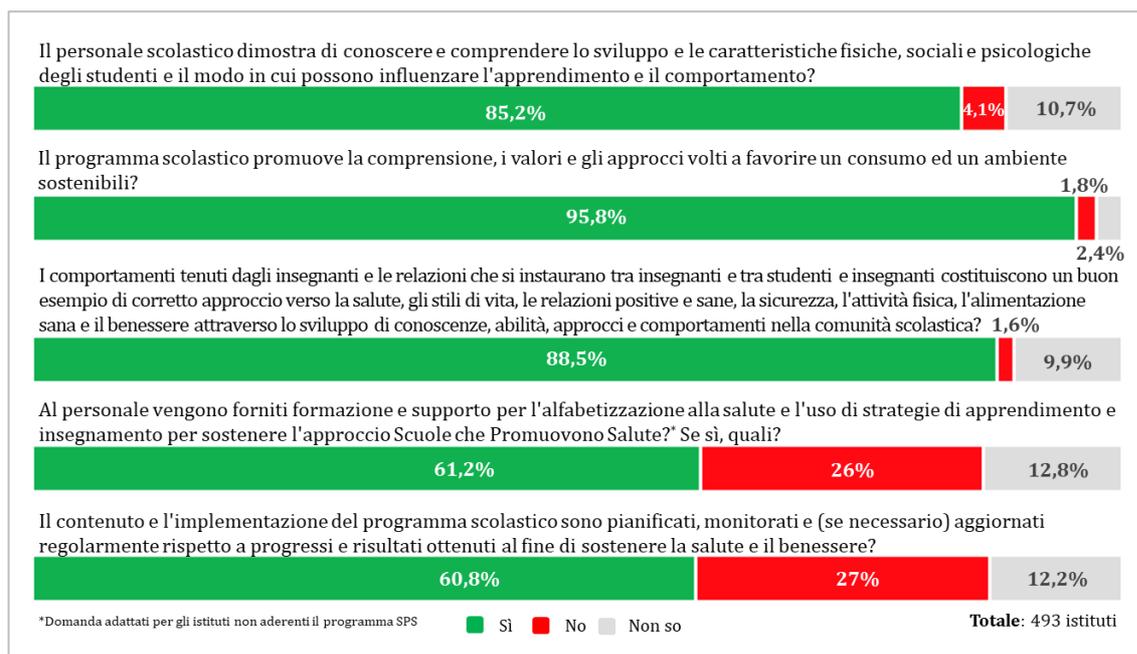


Figura 5.8. Programma scolastico

L'implementazione del programma di alfabetizzazione sanitaria avviene trasversalmente alle varie discipline nel 71,8% degli istituti e tramite curriculum dedicato nell'8,9%. Il 14,4% degli istituti adotta entrambe le strategie, mentre il 4,9% dichiara di non avere un programma di alfabetizzazione sanitaria (figura 5.9).

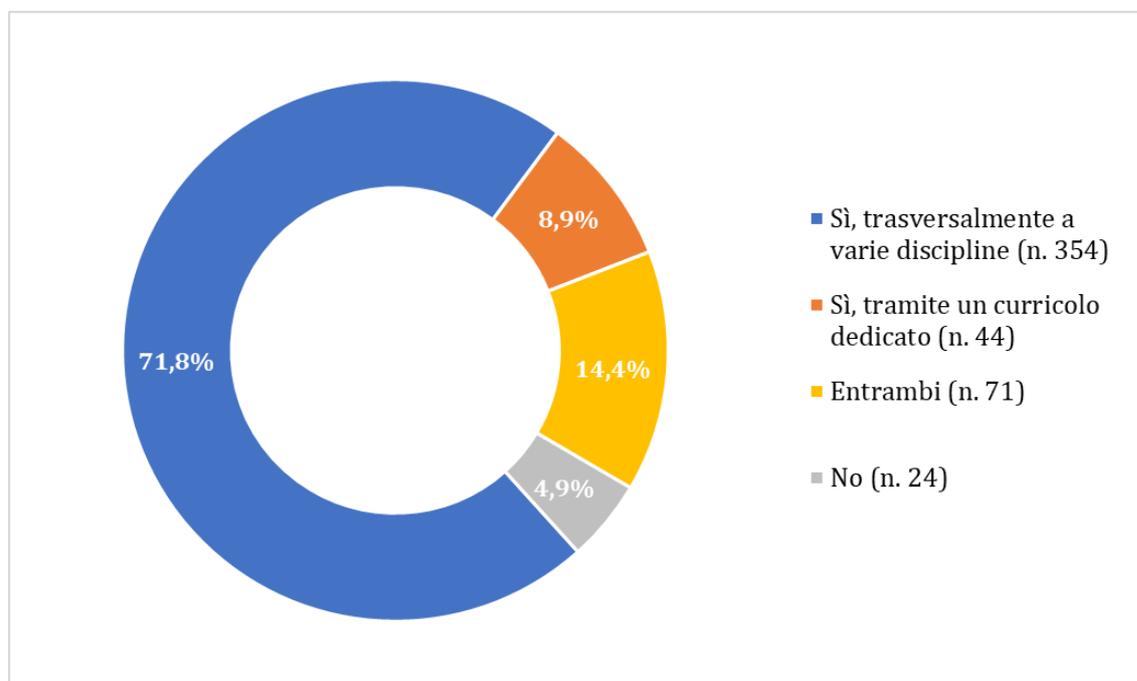


Figura 5.9. Implementazione di programmi di alfabetizzazione sanitaria

I cinque temi più frequentemente trattati dagli istituti sono risultati essere: la prevenzione di violenza e/o bullismo e/o cyberbullismo, l'educazione alimentare, l'educazione fisica, le life skills e la dipendenza da internet, social media e/o videogame (figura 5.10).

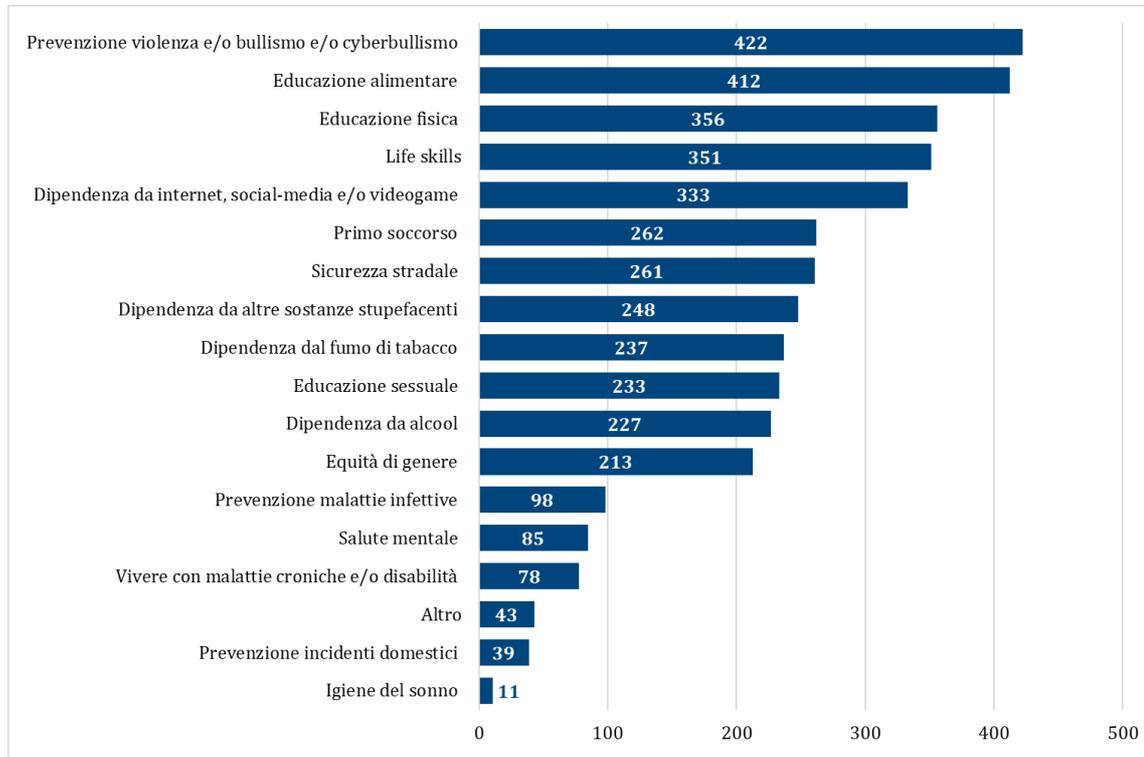


Figura 5.10. Temi trattati nei programmi di alfabetizzazione sanitaria

Infine, 42 istituti hanno riportato temi aggiuntivi rispetto a quelli sopra descritti. L'esplorazione qualitativa delle risposte ha documentato che i più frequenti sono:

- alfabetizzazione digitale (*es. patentino dello smartphone*);
- educazione ambientale (*es. sostenibilità agenda 2030 ambientale, orto didattico e giorni verdi/bianchi*);
- altre forme di dipendenza (*es. dipendenza da gioco d'azzardo*).

Quattro istituti hanno inoltre specificato di offrire corsi BLS (Basic Life Support Defibrillation).

Tutti i temi sono risultati più frequentemente trattati negli istituti aderenti al programma SPS rispetto a quelli non aderenti (figura 5.11). Le maggiori differenze sono emerse per la sicurezza stradale (59,7% vs 40%), l'equità di genere (47,2% vs 36,7%) e la dipendenza dal fumo di tabacco (52,5% vs 40%).

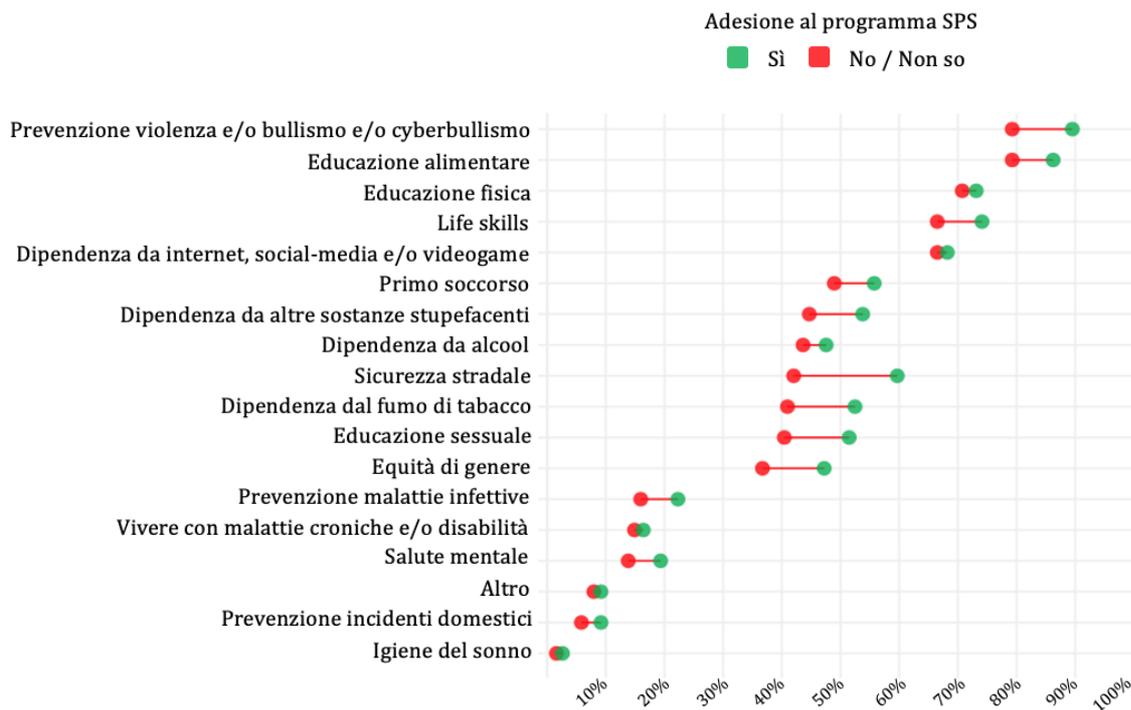


Figura 5.11. Temi trattati nei programmi di alfabetizzazione sanitaria in relazione all'adesione al programma SPS

4.6. Ambiente socio-emotivo scolastico

Dei 493 istituti rispondenti, il 65,1% ha riportato la presenza di policy con chiare indicazioni sull'ambiente socio-emotivo scolastico, il 19,9% non ne dispone, mentre il 15% di chi ha compilato la survey non ne è a conoscenza. Investimenti e risorse adeguate a promuovere un ambiente socio-emotivo sicuro e di supporto sono riportati dal 62,5% degli istituti. Il 70,8% degli istituti ha dichiarato di monitorare regolarmente l'ambiente socio-emotivo della scuola e intraprendere azioni di miglioramento (figura 5.12).

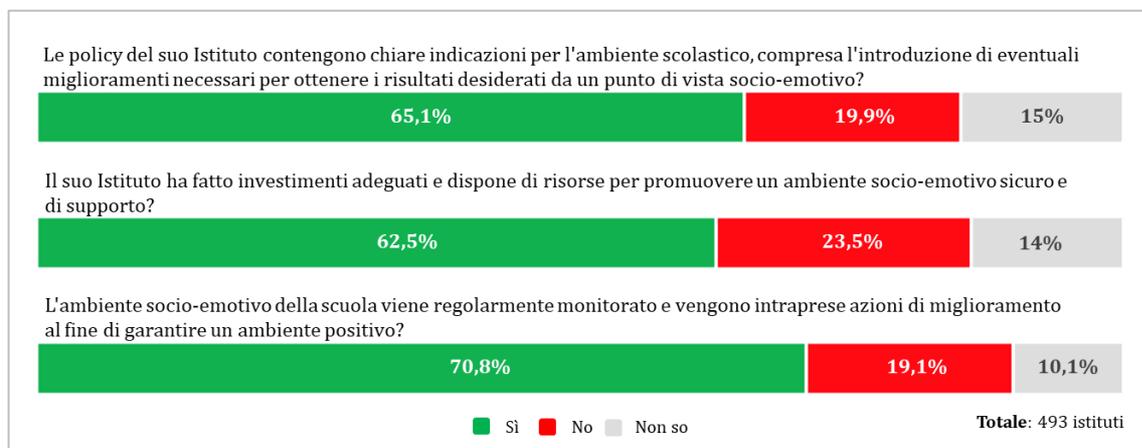


Figura 5.12. Ambiente socio-emotivo scolastico

4.7. Ambiente scolastico

Dei 493 istituti rispondenti, il 90,7% ha riportato la presenza di policy per garantire un ambiente sicuro per tutti i membri della comunità scolastica, il 4,4% non ne dispone, mentre il 4,9% di chi ha compilato la survey non ne è a conoscenza. Investimenti e risorse adeguate a mantenere sicuri gli ambienti scolastici fisici e virtuali sono riportati dal 76,9% degli istituti. L'86,2% degli istituti ha dichiarato di monitorare regolarmente la sicurezza dell'ambiente scolastico, intraprendendo eventuali azioni correttive (figura 5.13).

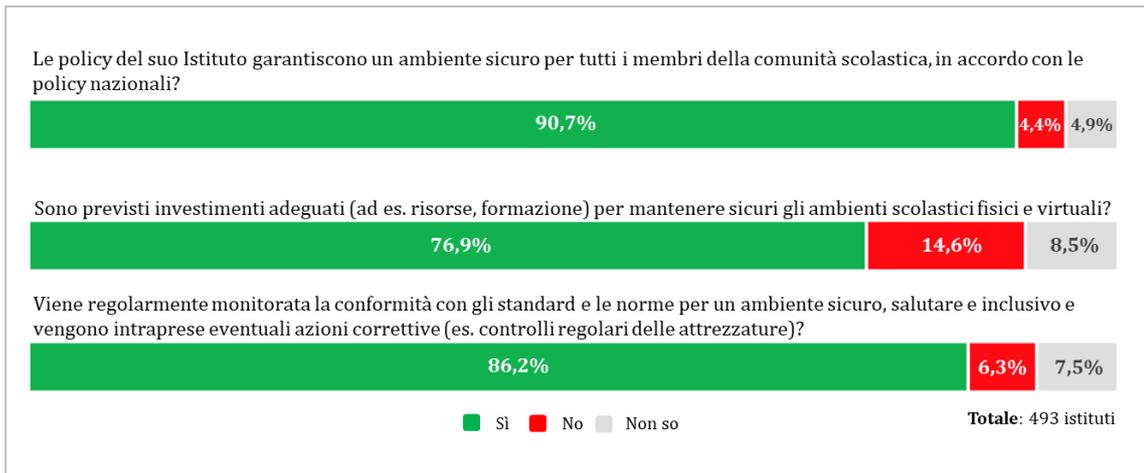


Figura 5.13. Ambiente scolastico

5. Limiti

Si rilevano due potenziali limiti dei risultati ottenuti della survey. Innanzitutto, se è vero che diffusione e implementazione del programma SPS e costituzione e rafforzamento delle reti SPS rientrano tra gli obiettivi del Programma Predefinito 01 (PP01) del Piano Nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025, la formalizzazione di tali obiettivi è avvenuta solo recentemente: per questo molte scuole potrebbero non aver risposto alla survey perchè diverse realtà regionali e locali sono ancora nelle fasi iniziali di implementazione. In altri termini, è verosimile la presenza di *non-response bias*, dovuto alla maggiore probabilità di mancata risposta da parte di istituti non aderenti al programma SPS; bias che potrebbe aver contribuito sia al basso tasso di risposta sia ad una distorsione unidirezionale dei risultati. In secondo luogo, alcuni quesiti potrebbero essere stati oggetto di errata interpretazione da parte dei rispondenti, come rilevato dall'analisi delle risposte aperte.

6. Conclusioni

La survey ha permesso un'esplorazione preliminare dell'avanzamento della disseminazione e implementazione del programma SPS negli istituti scolastici italiani, nonché dei contenuti dei loro curricula di alfabetizzazione sanitaria.

Disseminazione e implementazione del programma SPS. Scarsa conoscenza del programma e ridotta disponibilità di personale rappresentano le principali barriere percepite rispetto all'implementazione del programma SPS, con circa un terzo degli istituti rispondenti che non ha aderito a tale programma o non è parte di una rete SPS. I 305 istituti che hanno dichiarato di aderire al programma SPS frequentemente collaborano con le aziende sanitarie per lo sviluppo di ambienti scolastici che promuovono salute. Tuttavia, la collaborazione con altre tipologie di stakeholder è meno diffusa e solo un istituto su due dispone di un piano strutturato per l'adozione di un approccio partecipativo comprensivo. Tale dato si riflette in circa un terzo degli istituti che dichiara di non coinvolgere comunità e famiglie nell'elaborazione dei progetti scolastici. Infine, un istituto su tre non dispone di programmi di formazione su leadership e programma SPS o chi ha compilato la survey non ne è a conoscenza. In accordo alle raccomandazioni dell'OMS inerenti alle aree di implementazione 3, 6 e 12, rafforzamento della leadership e definizione di piani operativi per l'inclusività dei progetti emergono dunque quali principali aree di miglioramento futuro per sostenere l'implementazione del programma SPS negli istituti aderenti³⁵. Tali elementi sono infatti necessari per un governo efficace del processo di implementazione, nonché alla base della sostenibilità a lungo termine dei risultati. Dei 493 istituti che hanno risposto alla survey, circa il 90% dispone di policy chiare sulla promozione di un ambiente scolastico sicuro, salutare e inclusivo. La maggior parte degli istituti ha inoltre dichiarato di disporre di sufficienti risorse per mantenere la sicurezza degli ambienti fisici e virtuali e di monitorarne regolarmente i progressi. Invece, solo due terzi degli istituti dispone di policy ed ha accesso a finanziamenti e risorse dedicate per l'ambiente socio-emotivo scolastico, che di conseguenza rappresenta un'area di miglioramento, sia negli istituti aderenti al programma SPS che in quelli non aderenti³⁵. In tal senso, temi quali equità, inclusività e diversità dovrebbero essere meglio affrontati nelle policy scolastiche, al fine di raggiungere un'attenzione almeno pari a quella degli ambienti fisici e virtuali.

Programmi scolastici. Dei 493 istituti che hanno risposto alla survey, l'85% circa affronta l'alfabetizzazione sanitaria adottando un approccio trasversale alle diverse materie scolastiche, eventualmente integrato tramite curricula dedicati. Tale dato è in linea con le raccomandazioni OMS di integrare i contenuti sanitari nel più esteso curriculum scolastico, favorendo la contestualizzazione delle informazioni e, in ultima analisi, il consolidamento delle stesse³⁵. Inoltre, 9 istituti su 10 riportano che il proprio curriculum scolastico favorisce l'adozione di una prospettiva di sostenibilità verso l'ambiente, compreso il consumo delle risorse. Tale dato è in linea col Target 4.7 dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, favorendo una transizione culturale che promuova consapevolezza e strumenti per lo sviluppo sostenibile³⁶.

³⁵ WHO, UNESCO, UNICEF, WFP. Making every school a health-promoting school: implementation guidance. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240025073. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

³⁶ Sustainable Development Summit. The Sustainable Development Agenda. United Nations; 2015. Disponibile a: www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

Dei 305 istituti aderenti al programma SPS, 4 su 10 non dispone o non è conoscenza di programmi di formazione del personale e supporto dedicati all'alfabetizzazione sanitaria. Un dato che contrasta le raccomandazioni dell'OMS inerenti all'area di implementazione 9, rappresentando una barriera alla qualità e all'aggiornamento dei curricula di alfabetizzazione sanitaria³⁷.

Curricoli di alfabetizzazione sanitaria. Nei curricula integrati o dedicati dei 493 istituti rispondenti, la prevenzione del bullismo e della violenza emerge come il tema più frequentemente trattato, risultando presente in 8 istituti su 10. Tale dato è positivo alla luce dei risultati della survey sulle skill sociale ed emotive (*Social and Emotional Skills Survey, SSES*) recentemente pubblicata dall'OCSE³⁸. Dalla survey emerge infatti che un 15enne su due è stato vittima di bullismo almeno due volte nell'anno precedente la compilazione del questionario³⁹. Inoltre, il focus tematico dello studio *Health Behaviour in School-aged Children* recentemente pubblicato dall'OMS ha mostrato che un 15enne su 10 è stato vittima di cyberbullismo almeno una volta nei due mesi precedenti la compilazione del questionario⁴⁰. È dunque incoraggiante la diffusa copertura del tema tra gli istituti valutati. Almeno 7 istituti su 10 affrontano inoltre l'educazione alimentare e fisica. Tale dato è incoraggiante alla luce della crescente prevalenza dell'obesità infantile in Italia, associata a uno tra i più alti tassi di inattività fisica in Europa, con meno del 10% degli adolescenti che svolgono regolarmente attività fisica moderata⁴¹. Inoltre, i dati SSES mostrano come l'Italia abbia la maggior differenza in termini di immagine di sé tra uomini e donne: queste ultime infatti più frequentemente esprimono insoddisfazione riguardo il proprio corpo e preoccupazione riguardo il peso⁴². Tale dato suggerisce la necessità di adattare i contenuti alle specifiche esigenze di genere. Una più efficace educazione alimentare e fisica andrebbe infatti a supporto della prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare e della promozione di un approccio salubre all'attività sportiva. Solo la metà degli istituti affronta il tema delle dipendenze da fumo di sigaretta, alcol o altre sostanze. Tale dato stride con i dati epidemiologici italiani: nel nostro paese la dipendenza da fumo di sigaretta interessa un adolescente su tre e il consumo di alcolici tra le adolescenti è incrementato negli ultimi 8 anni da circa il 20% a circa il 40%^{43,44}. Infine, salute mentale e salute cerebrale sono affrontati complessivamente da meno di 2 istituti su 10. Riguardo la

³⁷ WHO, UNESCO, UNICEF, WFP. Making every school a health-promoting school: implementation guidance. World Health Organization; 2021. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789240025073. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

³⁸ OECD. Social and Emotional Skills for Better Lives: Findings from the OECD Survey on Social and Emotional Skills 2023. OECD Publishing; 2023. Disponibile a: https://read.oecd-ilibrary.org/education/social-and-emotional-skills-for-better-lives_35ca7b7c-en#page113. Ultimo accesso: 28 maggio 2024

³⁹ Cosma A, Molcho M, Pickett W. A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2024. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/376323>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁴⁰ Cosma A, Molcho M, Pickett W. A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2024. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/376323>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁴¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Italy: Country Health Profile 2023. OECD Publishing; 2023. Disponibile a: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/italy-country-health-profile-2023>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁴² OECD. Social and Emotional Skills for Better Lives: Findings from the OECD Survey on Social and Emotional Skills 2023. OECD Publishing; 2023. Disponibile a: https://read.oecd-ilibrary.org/education/social-and-emotional-skills-for-better-lives_35ca7b7c-en#page113. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁴³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Italy: Country Health Profile 2023. OECD Publishing; 2023. Disponibile a: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/italy-country-health-profile-2023>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

⁴⁴ Charrier L, van Dorsselaer S, Canale N, Baska T, Kilibarda B, Comoretto RI et al. A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 3. WHO Regional Office for Europe; 2024. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/376573>. Ultimo accesso: 28 maggio 2024.

salute cerebrale, i dati SSES mostrano che circa 2/3 degli adolescenti italiani dorme regolarmente meno delle 8 ore raccomandate dall'OMS. Oltre ad essere un importante determinante della salute cerebrale, negli adolescenti l'igiene del sonno è il fattore più fortemente associato al benessere psicologico, alla soddisfazione della propria vita e all'immagine di sé, con un'influenza maggiore sia dell'esercizio fisico che della dieta⁴⁵. Inoltre, buoni livelli di sonno sono associati a prestazioni mnesiche migliori, mentre scarsi livelli di sonno a un peggior controllo cognitivo e una peggior vigilanza, impattando dunque le performance scolastiche⁴⁶. Tali dati suggeriscono dunque la necessità di investire su formazione e consapevolezza del personale scolastico sui temi della salute mentale e cerebrale, a supporto di una più capillare introduzione nei curricoli di alfabetizzazione sanitaria. Infine, l'analisi dei temi stratificata per adesione al programma SPS suggerisce che aderire al programma SPS ha un impatto positivo sui curricoli di alfabetizzazione sanitaria, essendo associata a una più estesa copertura di tutti i temi valutati dalla survey.

Dai risultati della survey emerge la necessità da un lato che il programma SPS raggiunga il massimo grado di implementazione, dall'altro che vengano progettate iniziative finalizzate a supportare le scuole italiane nella promozione della salute pubblica e l'utilizzo consapevole dei servizi sanitari. In questo contesto, nel gennaio 2023 la Fondazione GIMBE ha lanciato il progetto "La Salute Tiene Banco"⁴⁷, un'iniziativa volta a supportare le scuole italiane nella promozione della salute e della sanità pubblica. Con questa iniziativa, la Fondazione GIMBE vuole integrare il programma SPS, contribuendo alla formazione di giovani protagonisti attivi della propria salute e utenti consapevoli del Servizio Sanitario Nazionale, in grado di contribuire alla sua sostenibilità.

⁴⁵ Golombek DA, Booi L, Campbell D, Dawson WD, Eyre H, Lawlor B, Ibañez A. Sleep diplomacy: an approach to boosting global brain health. *Lancet Healthy Longev* 2023;4:e368-e370.

⁴⁶ OECD. Social and Emotional Skills for Better Lives: Findings from the OECD Survey on Social and Emotional Skills 2023. OECD Publishing; 2023. Disponibile a: https://read.oecd-ilibrary.org/education/social-and-emotional-skills-for-better-lives_35ca7b7c-en#page113. Ultimo accesso: 28 maggio 2024

⁴⁷ Fondazione GIMBE. La Salute tiene banco. Disponibile a: www.lasalutetienebanco.it. Ultimo accesso: 28 maggio 2024

Appendice 1. Questionario utilizzato per la survey

Tutte le domande sono obbligatorie, tranne se espressamente indicato; alcune domande sono condizionate a risposte precedenti

Parte A

Dati generali

1. Provincia dell'Istituto scolastico
2. Il suo è un Istituto comprensivo?
3. A quale categoria appartiene il suo Istituto?

Sezione 1. Adesione al programma e alla rete SPS

4. Nel suo Istituto è stato avviato il programma "Scuole che Promuovono Salute" promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)?
5. Quali barriere (strutturali, organizzative, economiche) possono aver influito sulla mancata adesione del suo Istituto al programma "Scuole che Promuovono Salute"? *[Risposta facoltativa]*
6. Il Suo Istituto fa parte della rete di scuole aderenti al programma "Scuole che Promuovono Salute" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)?
7. Quali barriere (strutturali, organizzative, economiche) possono avere influito sulla mancata adesione del suo Istituto alla rete di scuole aderenti al programma "Scuole che Promuovono Salute"? *[Risposta facoltativa]*

Parte B

Chi ha risposto "No/Non so" alla domanda 4 compila la Parte B a partire dalla Sezione 5 con le seguenti modifiche nel testo delle domande:

- Sottosezione 5.2: modificato il seguente testo "allineato con la policy nazionale del programma Scuole che Promuovono Salute" con "allineato con la politica nazionale";
- Sottosezione 5.5: eliminato il seguente testo "a sostegno dell'approccio Scuole che Promuovono Salute".

Sezione 2. Politiche e risorse della scuola

In questa sezione le chiederemo informazioni rispetto l'impegno e l'investimento del suo Istituto nei confronti del programma Scuole che Promuovono Salute.

2.1 La scuola ha un piano per il programma Scuole che Promuovono Salute?

2.2 La scuola dispone di un piano per il regolare coinvolgimento, comunicazione e collaborazione tra scuola e stakeholder del programma Scuole che Promuovono Salute?

2.3 La scuola dispone di risorse adeguate (umane, economiche, strumenti di informazione e disseminazione,) per far parte del programma Scuole che Promuovono Salute?

2.4 La scuola pianifica e monitora regolarmente implementazione e risultati dei piani e delle risorse scolastiche per il programma Scuole che Promuovono Salute?

Sezione 3. Governance e leadership scolastica

In questa sezione le chiederemo informazioni rispetto alla presenza nel suo Istituto/nella sua Scuola di un modello di leadership relativo al programma Scuole che Promuovono Salute.

3.1 Nel suo Istituto il Dirigente e i suoi collaboratori sostengono e promuovono il valore e l'etica del programma Scuole che Promuovono Salute?

3.2 Il personale che gestisce le iniziative del programma Scuole che Promuovono Salute ha a disposizione opportunità di formazione in materia di leadership e sul programma stesso?

3.3 Esiste un sistema che assicura regolarità nella pianificazione e nel monitoraggio dei progressi e delle prestazioni della governance scolastica per il programma Scuole che Promuovono Salute?

Sezione 4. Collaborazione tra scuola e comunità

In questa sezione le chiederemo informazioni rispetto alla collaborazione tra stakeholder locali e il programma Scuole che Promuovono Salute attivato nel suo Istituto.

4.1 Studenti, genitori, familiari, tutori legali sono coinvolti e collaborano in tutti gli aspetti delle attività scolastiche relative al programma Scuole che Promuovono Salute?

4.2 L'Istituto si impegna e collabora con modalità formali e informali con gli stakeholder della comunità locale, incluse le autorità locali, per il programma Scuole che Promuovono Salute? Se sì, quali? [Sì/no/non so/se sì quali: aperta, 300 caratteri spazi inclusi, obbligatoria].

4.3 Il dirigente e i suoi collaboratori collaborano con le famiglie e con le comunità locali nella pianificazione e nel monitoraggio dei progressi e dei risultati delle collaborazioni del programma Scuole che Promuovono Salute?

Sezione 5. Programma scolastico

In questa sezione le chiederemo informazioni rispetto ai temi di salute trattati nel programma scolastico e alla promozione del benessere bio-psico-sociale.

5.1 Il personale scolastico dimostra di conoscere e comprendere lo sviluppo e le caratteristiche fisiche, sociali e psicologiche degli studenti e il modo in cui possono influenzare l'apprendimento e il comportamento?

5.2 L'Istituto implementa un programma che comprende gli aspetti fisici, socio-emotivi e psicologici relativi a salute, sicurezza, alimentazione e benessere degli studenti in termini di istruzione e salute allineato con la policy nazionale del programma Scuole che Promuovono Salute?

5.2.1 Specificare i temi trattati nel Suo Istituto:

- Life skills: consapevolezza di sé, gestione delle emozioni, gestione dello stress, empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci, creatività, senso critico, capacità decisionale, problem solving
- Dipendenza dal fumo di tabacco
- Dipendenza da alcool
- Dipendenza da altre sostanze stupefacenti
- Dipendenza da internet, social-media e/o videogame
- Igiene del sonno
- Educazione alimentare
- Educazione fisica
- Educazione sessuale
- Equità di genere
- Salute mentale
- Prevenzione incidenti domestici
- Prevenzione malattie infettive
- Prevenzione violenza e/o bullismo e/o cyberbullismo
- Sicurezza stradale
- Primo soccorso
- Vivere con malattie croniche e/o disabilità
- Altro (specificare)

5.3 Il programma scolastico promuove la comprensione, i valori e gli approcci volti a favorire un consumo ed un ambiente sostenibili?

5.4 I comportamenti tenuti dagli insegnanti e le relazioni che si instaurano tra insegnanti e tra studenti e insegnanti costituiscono un buon esempio di corretto approccio verso la salute, gli stili di vita, le relazioni positive e sane, la sicurezza, l'attività fisica, l'alimentazione sana e il benessere attraverso lo sviluppo di conoscenze, abilità, approcci e comportamenti nella comunità scolastica?

5.5 Al personale vengono fornita formazione e supporto per l'alfabetizzazione alla salute e l'uso di strategie di apprendimento e insegnamento per sostenere l'approccio Scuole che Promuovono Salute? Se sì, quali?

5.6 Il contenuto e l'implementazione del programma scolastico sono pianificati, monitorati e (se necessario) aggiornati regolarmente rispetto a progressi e risultati ottenuti al fine di sostenere la salute e il benessere?

Sezione 6. Ambiente socio-emotivo scolastico

In questa sezione le chiederemo informazioni rispetto agli interventi che il suo Istituto ha messo in atto per la creazione di un ambiente socio-emotivo promotore di salute.

6.1 Le policy del suo Istituto contengono chiare indicazioni per l'ambiente scolastico, compresa l'introduzione di eventuali miglioramenti necessari per ottenere i risultati desiderati da un punto di vista socio-emotivo?

6.2 Il suo Istituto ha fatto investimenti adeguati e dispone di risorse per promuovere un ambiente socio-emotivo sicuro e di supporto?

6.3 L'ambiente socio-emotivo della scuola viene regolarmente monitorato e vengono intraprese azioni di miglioramento al fine di garantire un ambiente positivo?

Sezione 7. Ambiente scolastico

In questa sezione le chiederemo informazioni rispetto l'ambiente del suo Istituto in termini di sicurezza, salute e inclusività.

7.1 Le policy del suo Istituto garantiscono un ambiente sicuro per tutti i membri della comunità scolastica, in accordo con le policy nazionali?

7.2 Sono previsti investimenti adeguati (ad es. risorse, formazione) per mantenere sicuri gli ambienti scolastici fisici e virtuali?

7.3 Viene regolarmente monitorata la conformità con gli standard e le norme per un ambiente sicuro, salutare e inclusivo e vengono intraprese eventuali azioni correttive (es. controlli regolari delle attrezzature)?



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org