

Ufficio del medico cantonale

Dipartimento della sanità e della socialità

Bellinzona

**PROMOZIONE DELLA SALUTE
NELLA SCUOLA ELEMENTARE
TICINESE:
IL RUOLO DEL MEDICO
SCOLASTICO**

J. Maggi, S. Losa

in collaborazione con S. Cattacin

Ricerca condotta su mandato del
Servizio di medicina scolastica del Cantone Ticino

Salute pubblica No 21

giugno 2003

- Citazione suggerita: Maggi J, Losa S, Cattacin S.
Promozione della salute nella scuola
elementare ticinese: il ruolo del medico scolastico.
Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 2003
(Salute pubblica no 21).
- Autori: Jenny Maggi, dr. psic., ricercatrice FSM NE
Stefano Losa, lic. soc., assistente di ricerca Uni-GE
Sandro Cattacin, prof. dr. rer. pol., FSM NE
- Collaborazione: Questo lavoro è stato realizzato su mandato
dell'Ufficio del medico cantonale.
Desideriamo ringraziare tutti i collaboratori
dell'Ufficio per la disponibilità, la competenza e
l'aiuto fornito. Un ringraziamento vada infine alle
persone che hanno accettato di essere intervistate.
- Indirizzo generale: Ufficio del medico cantonale
Via Dogana 16
CH 6501 Bellinzona
- | | |
|---------------|---|
| Telefono | +41 (0)91 814 4002 |
| Fax | +41 (0)91 814 4446 |
| e-mail | dss-umc@ti.ch |
| sito internet | http://www.ti.ch/med |

Questo rapporto è disponibile su Internet:

<http://www.ti.ch/med>

INDICE

RIASSUNTO	7
RESUME	12
ZUSAMMENFASSUNG	17
1 INTRODUZIONE	23
2 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA: DAL CONCETTO ALL'AZIONE	25
2.1 LA CARTA D'OTTAWA	25
2.2 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA SECONDO IL COMITATO D'ESPERTI DELL'OMS	26
2.3 LA RETE EUROPEA SCUOLE E SALUTE	29
2.4 IL PROGRAMMA NAZIONALE SVIZZERO "SCUOLE E SALUTE"	30
2.5 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA IN TICINO	32
2.5.1 FORUM PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA	33
2.6 ESEMPI D'AZIONI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE SCUOLE ELEMENTARI	34
2.6.1 GINEVRA	34
2.6.2 CANADA	35
2.6.3 FRANCIA	35
2.6.4 BELGIO	36
2.6.5 ITALIA	36
3 IL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA	37

3.1	RIFLESSIONI PER L'EVOLUZIONE VERSO UN SERVIZIO DI SALUTE SCOLASTICA _____	38
3.2	L'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA SCOLASTICA: IL CASO DEL TICINO _	40
3.2.1	LO STUDIO DI BARAZZONI _____	41
3.2.2	LA RIFORMA _____	43
3.2.3	AZIONI DEL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA _____	46
4	LA RICERCA _____	48
4.1	OBIETTIVI _____	48
4.2	METODOLOGIA _____	49
4.2.1	POPOLAZIONE _____	49
4.2.2	ANALISI DELLE INTERVISTE _____	50
5	ANALISI EMPIRICA _____	51
5.1	L'EDUCAZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA ELEMENTARE _____	51
5.1.1	DEFINIZIONI E AZIONI PRIORITARIE _____	51
5.1.2	AZIONI REALIZZATE _____	55
5.1.3	BISOGNI, PROBLEMI DI SALUTE E FRAGILITÀ _____	56
5.2	IL RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO NELLA SCUOLA ELEMENTARE ____	61
5.2.1	PERCEZIONE DEL RUOLO ATTUALE DEL MEDICO SCOLASTICO _____	61
5.2.2	ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DEL RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO ____	67
5.2.3	CREAZIONE DI UN CORSO D'EDUCAZIONE ALLA SALUTE PER I BAMBINI E RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO _____	73
6	CONCLUSIONE _____	81
6.1	AMBIENTE SCOLASTICO _____	81
6.2	EDUCAZIONE E PREVENZIONE _____	82
6.3	COLLABORAZIONE, CONCERTAZIONE E COORDINAZIONE _____	82
6.4	ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DEL RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO _	83

6.5 OSTACOLI _____ 84

6.6 FORMAZIONE E PROFESSIONALIZZAZIONE DEI MEDICI SCOLASTICI __ 85

7 RACCOMANDAZIONI _____ 87

7.1 STRUTTURA E SERVIZIO _____ 87

7.2 CONTENUTO _____ 87

7.3 MODALITÀ D'INTERVENTO _____ 87

BIBLIOGRAFIA _____ 89

ALLEGATI _____ 91

Allegato 1 Griglia dell'intervista _____ 93

Allegato 2 Lista delle persone intervistate _____ 95

RIASSUNTO

Nell'ambito della recente riforma del Servizio di medicina scolastica del Cantone Ticino, nel quale si è passati da un'offerta di prestazioni di medicina individuale ad un approccio collettivo, che mette l'accento su interventi preventivi e educativi, secondo un'ottica di promozione della salute, è stata sondata l'opinione d'attori del mondo della scuola e della salute scolastica in merito a due tematiche: il concetto di promozione della salute nella scuola e il ruolo del medico scolastico. Esaminare dal punto di vista dei diversi attori la definizione della promozione della salute nella scuola, i bisogni in materia di salute, i problemi di salute prioritari nonché le attese nei confronti dell'operato del medico scolastico appare essenziale per accompagnare la trasformazione del Servizio, affinché esso possa rispondere in modo adeguato alla realtà e ai bisogni attuali.

METODOLOGIA

La metodologia della ricerca, che è stata focalizzata sulle scuole elementari del Cantone Ticino, ha previsto in primo luogo una rivista della letteratura sul concetto di promozione della salute nella scuola, la presentazione d'alcuni esempi d'attività di promozione della salute nelle scuole elementari, e una riflessione sull'evoluzione del Servizio di medicina scolastica in Ticino dopo la riforma. In secondo luogo, è stata effettuata una serie d'interviste semi-strutturate con diversi attori pertinenti (autorità scolastiche, ispettori scolastici, insegnanti, genitori, esperti della prevenzione, medici scolastici). In particolare, le persone intervistate si sono pronunciate sui seguenti aspetti:

L'educazione e la promozione della salute nella scuola elementare

- definizione e azioni prioritarie
- azioni già realizzate e la loro percezione
- bisogni prioritari, problemi di salute principali, fragilità più importanti nei bambini di questa fascia d'età.

Definizione del ruolo del medico scolastico nella scuola elementare

- percezione del ruolo attuale
- aspettative
- creazione di un corso d'educazione alla salute

RISULTATI

I risultati mettono in evidenza che i bisogni e le tematiche educative identificati come prioritari sono legati al benessere fisico, sociale e mentale del bambino: alimentazione sana, movimento, rispetto dei ritmi di vita del bambino, sviluppo delle capacità psico-sociali (autostima, senso critico, rispetto, autonomia, espressione dei sentimenti, collaborazione, gestione dei conflitti), sensibilizzazione a tematiche sociali (protezione dell'ambiente, tolleranza, multiculturalità, cittadinanza). I problemi di salute rilevati sono essenzialmente di carattere psico-sociale (obesità, stress, mal di testa, stanchezza, allergie, mancanza d'autostima, passività) e i bisogni educativi sono solitamente legati alla prevenzione di tali disagi. Le azioni realizzate sinora nell'ambito della scuola elementare sono spesso locali e puntuali, e paiono rappresentare delle attività poco coordinate tra loro e non sufficientemente inserite in un'ottica globale.

Per quel che riguarda il ruolo del medico scolastico, si ritiene che il ruolo attuale, come previsto a livello concettuale, sia più adatto ai bisogni e al contesto attuali. Si osserva però una distanza tra l'indirizzo concettuale e la sua applicazione pratica. Il ruolo del medico scolastico, come descritto nel Regolamento, non è ancora considerato operativo. L'iniziativa lasciata ai singoli medici comporta delle situazioni poco omogenee, anche perché la maggior parte dei medici scolastici riscontra delle difficoltà ad assumere il ruolo previsto. Gli ostacoli sono principalmente legati alla mancanza di tempo (per prendere contatti con le scuole e i servizi, formarsi su tematiche educative e preventive, preparare gli interventi), alla mancanza di formazione (per il trattamento e la prevenzione dei disagi psico-sociali, competenza in ambito pedagogico, capacità di lavoro in rete), e ad una certa chiusura della scuola (densità dei programmi e resistenza all'intromissione di figure esterne). Rispetto alle attese nei riguardi del suo ruolo, esiste un consenso sulla figura del medico scolastico che partecipa in un'ottica interdisciplinare agli interventi formativi (su genitori e docenti), e sulla figura del medico scolastico che coordina gli interventi dei diversi servizi e degli attori occasionali. E richiesta inoltre una maggior collaborazione con gli attori della scuola per la definizione di un programma di promozione della salute e con gli attori dei servizi.

CONCLUSIONI

Per promuovere la salute nella scuola elementare, risulta necessaria un'azione a più livelli:

AMBIENTE SCOLASTICO

Per promuovere la salute è necessario un ripensamento dell'ambiente fisico (spazi giochi comuni, spazi verdi esterni), e psico-sociale (riorganizzazione del sistema valutativo e del sovraccarico di programmi – fattori di stress e disagio per i bambini) della scuola.

EDUCAZIONE E PREVENZIONE

Appare fondamentale l'intervento educativo sulla famiglia (rispetto a tematiche come l'alimentazione, i ritmi e i bisogni del bambino, il movimento) e sui docenti. La formazione offrirebbe strumenti per diagnosticare e prevenire eventuali disagi di natura psico-sociale e per integrare la promozione della salute ed i suoi determinanti nell'insegnamento. Un approccio educativo trasversale durante il programma scolastico oppure un insegnamento in momenti formativi specifici sulle tematiche prioritarie menzionate è ritenuto più adatto rispetto ad un corso specifico d'educazione alla salute per i bambini. Tuttavia, la formazione rivolta ai genitori e ai docenti, eseguita da gruppi multidisciplinari, è ritenuta più importante rispetto ad un intervento diretto sui bambini.

COLLABORAZIONE, CONCERTAZIONE, COORDINAZIONE

Le tematiche evidenziate necessitano un approccio disciplinare complementare e lo sviluppo d'interventi educativi richiede la collaborazione e il lavoro di rete tra i diversi professionisti. La concertazione è necessaria sia a livello dei singoli circondari sia a livello cantonale, per la definizione e la coordinazione delle azioni educative già esistenti o da realizzare. E necessario inoltre un miglior coordinamento delle attività educative e preventive dei servizi che intervengono nella scuola, nonché degli attori occasionali.

L'intervento del medico scolastico è richiesto a livello educativo e preventivo (partecipazione alla formazione per genitori e docenti, svolta con altri attori), e a livello di collaborazione, concertazione e coordinazione (collaborazione con gli attori della scuola e dei servizi, coordinazione d'attività, partecipazione attiva alla definizione degli obiettivi, dei ruoli e degli interventi a livello circolarale e cantonale). Come già menzionato,

esistono degli ostacoli all'adempimento di tali compiti da parte dei medici scolastici, in particolare la mancanza di tempo, di formazione adeguata e l'esistenza di barriere settoriali. L'interdisciplinarietà e il lavoro di rete sono spesso ostacolati da realtà, linguaggi e approcci diversi. La recente creazione del "Forum per la promozione della salute", che rappresenta una collaborazione a livello dipartimentale DECS-DSS, può contribuire a ridurre questa distanza, favorendo a termine la creazione di linguaggi e d'obiettivi comuni, nonché la pianificazione d'interventi concertati. Dato che il medico scolastico rappresenta ancora una figura di riferimento nell'ambito della promozione della salute nella scuola, un rappresentante della medicina scolastica dovrebbe essere idealmente coinvolto nel Comitato promotore del Forum (attualmente il Servizio di medicina scolastica figura come soggetto e non come promotore). Per superare gli ostacoli legati alla disponibilità di tempo e alla formazione del medico scolastico, appare necessaria una riflessione all'interno del Servizio sull'introduzione della figura dell'infermiera scolastica (attualmente soggetta a dibattito), nonché una maggior professionalizzazione del ruolo del medico scolastico (pianificazione del tempo da dedicare a tale ruolo; pianificazione delle attività, formazione continua e a scadenza regolare). In vista del Forum, una riflessione va condotta all'interno del Servizio sui compiti che i medici scolastici sono attualmente disposti ad intraprendere, dato che le aspettative nei riguardi del loro operato si situano, come già menzionato, a diversi livelli.

RACCOMANDAZIONI

STRUTTURA E SERVIZIO

- Professionalizzazione del ruolo del medico scolastico (regolamentazione e pianificazione del tempo e delle attività).
- Intensificazione della formazione continua (es. *santé communautaire*, lavoro di rete, ottica di promozione della salute, disagi di natura psico-sociale).
- Discussione interna sulla struttura del Servizio (infermiera scolastica, medico alla direzione del servizio, statalizzazione del ruolo del medico scolastico o soluzioni intermedie in funzione delle risorse disponibili).
- Riflessione interna sui compiti che i medici scolastici sono effettivamente disposti ad svolgere.

CONTENUTO

- Le azioni preventive ed educative devono tener conto delle tematiche, dei bisogni e dei problemi di salute prioritari.
- Appaiono fondamentali i seguenti bisogni e tematiche: alimentazione sana, movimento, ritmi di vita del bambino, sviluppo delle capacità psico-sociali (autostima, senso critico, rispetto, autonomia, espressione dei sentimenti, gestione delle relazioni e dei conflitti).
- L'attenzione va focalizzata sulla prevenzione di disagi quali: obesità, stress, mal di testa, stanchezza, allergie, mancanza d'autostima, passività.

MODALITÀ D'INTERVENTO

- L'accento va posto sulla formazione rivolta a genitori e docenti, impartita in collaborazione con altri professionisti e coinvolgendo gli attori scolastici.
- Intensificazione del lavoro di rete con i professionisti d'altri servizi, con gli attori della scuola e con altri professionisti che intervengono nella promozione della salute nella scuola.
- Creazione di gruppi di lavoro multidisciplinare su modello del Circondario I per pianificare e realizzare interventi pertinenti ed adeguati.

RESUME

Se situant dans le cadre de la récente réforme du Service de médecine scolaire du Canton Tessin, dans laquelle on est passé d'une offre de prestations de médecine individuelle à une approche collective, qui met l'accent sur des interventions préventives et éducatives, selon une optique de promotion de la santé, cette recherche a sondé l'opinion de différents acteurs de l'école et du domaine de la santé scolaire concernant les thématiques de la promotion de la santé et du rôle du médecin scolaire. Pour accompagner la transformation du Service et pour mieux pouvoir faire face à la réalité et aux besoins actuels, il apparaît essentiel d'examiner le point de vue des différents acteurs quant à la définition de la promotion de la santé, des besoins et des problèmes de santé prioritaires ainsi qu'aux attentes vis-à-vis du rôle du médecin scolaire.

METHODOLOGIE

En focalisant la recherche sur les écoles primaires du Canton Tessin, la première étape a été celle de passer en revue la littérature sur le concept de promotion de la santé, de présenter des exemples d'activités de promotion de la santé en Suisse et à l'étranger, ainsi que de proposer une réflexion sur l'évolution du Service de médecine scolaire au Tessin après la réforme. Dans une deuxième phase, une série d'entretiens avec des acteurs pertinents (autorités scolaires, inspecteurs scolaires, enseignants, parents, experts de la prévention, médecins scolaires) a été effectuée. Les personnes interviewées ont été amenées à se prononcer sur les aspects suivants:

L'éducation et la promotion de la santé dans l'école primaire

- Définition et actions prioritaires
- Actions déjà réalisées et leur perception
- Besoins prioritaires, principaux problèmes de santé, fragilités plus importantes auprès des enfants de cette tranche d'âge.

Définition du rôle du médecin scolaire dans l'école primaire

- Perception du rôle actuel
- Attentes
- Création d'un cours d'éducation à la santé

RESULTATS

Les résultats mettent en évidence que les besoins et les thématiques éducatives prioritaires concernent le bien-être physique, social et mental de l'enfant: alimentation saine, mouvement, respect des rythmes de vie de l'enfant, développement des capacités psychosociales (estime de soi, sens critique, respect, autonomie, expression des sentiments, collaboration, gestion des conflits), sensibilisation à des thématiques sociales (protection de l'environnement, tolérance, multiculturalisme, citoyenneté). Il émerge également que les problèmes de santé prioritaires sont essentiellement de caractère psychosocial (obésité, stress, mal de tête, fatigue, allergies, manque d'estime de soi, passivité). En ce qui concerne les actions réalisées jusqu'ici au sein de l'école primaire, elles sont souvent locales et ponctuelles, sans une coordination suffisante, et sont peu insérées dans une optique globale.

En ce qui concerne le rôle du médecin scolaire, il ressort que le rôle actuel, au niveau conceptuel, est plus adapté aux besoins et au contexte actuels. Cependant un décalage important apparaît entre l'adresse conceptuelle et son application pratique. Le rôle du médecin scolaire décrit dans le Règlement n'est pas encore considéré comme opérationnel. Le fait de laisser l'initiative aux médecins comporte des situations peu homogènes, car la plupart des médecins a des difficultés à assumer le rôle prévu. Les obstacles sont principalement liés au manque de temps (pour établir des contacts avec les écoles et les autres services, pour se former sur des thématiques éducatives et préventives, pour préparer les interventions), au manque de formation (quant au traitement et la prévention des problèmes psychosociaux, aux compétences pédagogiques, à la capacité de travail en réseau), ainsi qu'à une certaine fermeture de la part de l'école (densité des programmes, résistance à l'intromission de figures externes). Par rapport aux attentes à l'égard du rôle du médecin scolaire, il existe un consensus sur la figure du médecin scolaire qui participe aux interventions formatives (sur les parents et les enseignants) dans une optique interdisciplinaire, et qui coordonne les interventions des différents services et des acteurs ponctuels. Par ailleurs, une collaboration plus importante avec les acteurs de l'école et des autres services apparaît nécessaire pour la définition d'un programme de promotion de la santé.

CONCLUSIONS

Pour promouvoir la santé dans l'école primaire, il est nécessaire d'agir sur plusieurs niveaux:

MILIEU SCOLAIRE

Pour promouvoir la santé une réorganisation du milieu physique (espaces-jeu communs, espaces verts à l'extérieur) et psychosocial (réorganisation du système d'évaluation et de la surcharge de programme – facteurs de stress pour les enfants) de l'école est nécessaire.

EDUCATION ET PREVENTION

L'intervention éducative sur la famille (par rapport à des thématiques comme l'alimentation, les rythmes et les besoins de l'enfant, le mouvement) et sur les enseignants apparaît fondamentale. La formation aux enseignants peut offrir des instruments pour diagnostiquer et prévenir des éventuels problèmes de nature psychosociale et pour intégrer la promotion de la santé et ses déterminants à l'enseignement. Une intervention éducative sur les enfants selon une approche transversale pendant le programme scolaire ou lors de moments de formation spécifiques portant sur les thématiques prioritaires mentionnées, apparaît plus adéquate qu'un cours spécifique d'éducation à la santé. Toutefois la formation adressée aux parents et aux enseignants, donnée par des groupes multidisciplinaires, est considérée plus importante qu'une intervention directe sur les enfants.

COLLABORATION, CONCERTATION, COORDINATION

Les thématiques mises en évidence nécessitent une approche disciplinaire complémentaire. De même, le développement d'interventions éducatives demande la collaboration et le travail en réseau entre les divers professionnels. La concertation pour la définition et la coordination des actions éducatives déjà existantes et à réaliser est nécessaire soit au niveau local (Circondari) soit au niveau cantonal. Une meilleure coordination des activités éducatives et préventives des services qui interviennent à l'école primaire, ainsi que des acteurs occasionnels, apparaît également essentielle.

L'intervention du médecin scolaire est requise au niveau éducatif et préventif (participation avec des autres acteurs à la formation pour enseignants et parents) et au niveau de la collaboration, de la concertation et de la coordination (collaboration avec les acteurs de l'école

et des autres services, coordination d'activités, participation active à la définition des objectifs, des rôles et des interventions locales (Circondari) et au niveau du Canton). Comme déjà mentionné, les médecins scolaires rencontrent des obstacles pour mener à terme ces tâches, en particulier le manque de temps et de formation adéquate ainsi que l'existence de barrières entre secteurs scolaire et sanitaire. L'interdisciplinarité et le travail en réseau sont souvent difficiles en raison de la diversité des réalités, des langages et des approches. La récente création du "Forum pour la promotion de la santé", qui représente une collaboration au niveau départemental DECS-DSS, peut contribuer à réduire cette distance, en favorisant à terme la création de langages et d'objectifs communs, ainsi que la planification d'interventions concertées. Étant donné que les médecins scolaires représentent encore une figure de référence dans le cadre de la promotion de la santé à l'école, un représentant de la médecine scolaire devrait idéalement être inséré dans le Comité promoteur du Forum (actuellement le Service de médecine scolaire figure comme sujet et non comme promoteur). Pour dépasser les obstacles liés à la disponibilité de temps et à la formation du médecin scolaire, une réflexion à l'intérieur du Service est nécessaire en ce qui concerne l'introduction de la figure de l'infirmière scolaire (actuellement sujette à débat), ainsi qu'une professionnalisation du rôle du médecin scolaire (planification du temps à dédier à ce rôle, planification des activités, formation continue et à échéance régulière). En relation au Forum, une réflexion est à développer à l'intérieur du Service sur les tâches que les médecins scolaires sont effectivement disposés à remplir, étant donné que les attentes à leur égard se situent comme déjà mentionné à plusieurs niveaux.

RECOMMANDATIONS

STRUCTURE ET SERVICE

- Professionnalisation du rôle du médecin scolaire (réglementation et planification du temps et des activités).
- Intensification de la formation continue (p.ex. santé communautaire, travail en réseau, optique de promotion de la santé, problèmes psychosociaux).
- Discussion interne sur la structure du Service (infirmière scolaire, médecin à la direction du service, étatisation du rôle du médecin scolaire ou solutions intermédiaires en fonction des ressources disponibles).

- Réflexion interne concernant les tâches que les médecins scolaires sont effectivement disposés à effectuer.

CONTENU

- Les actions préventives et éducatives doivent tenir compte des thématiques, des besoins et des problèmes de santé prioritaires.
- Apparaissent fondamentaux les suivants besoins et thématiques: alimentation saine, mouvement, rythmes de vie de l'enfant, développement des capacités psychosociales (estime de soi, capacité critique, respect, autonomie, expression des sentiments, gestion des relations et des conflits).
- L'attention doit être portée sur la prévention de problèmes de santé tels que: obésité, stress, mal de tête, fatigue, allergies, manque d'estime de soi, passivité.

MODALITE D'INTERVENTION

- Importance de la formation adressée aux parents et aux enseignants, menée en collaboration avec d'autres professionnels, et en impliquant les acteurs de l'école.
- Intensification du travail de réseau avec les professionnels d'autres services, avec les acteurs de l'école, et avec d'autres professionnels qui interviennent de manière ponctuelle à l'école.
- Création de groupes de travail multidisciplinaires, sur modèle du Circondario I, pour planifier et réaliser des interventions pertinentes et adéquates.

ZUSAMMENFASSUNG

Vor kurzem erlebte der schulärztliche Dienst des Kantons Tessin eine Reform, in deren Verlauf von einem individuellen Angebot an medizinischer Leistung zu einem kollektiven Leistungsansatz übergewechselt wurde. Das kollektive Modell setzt den Akzent auf präventive und erzieherische Massnahmen in der Optik der Gesundheitsförderung. Im Rahmen der Reformbemühungen wurden die Einschätzungen von Akteuren aus dem Umfeld von Schule und Gesundheit betreffend zweier Themen sondiert. Sie galten der Gesundheitsförderung sowie der Rolle des Schularztes respektive der Schulärztin. Um die Transformation des Dienstes begleiten zu können, und damit dieser möglichst adäquat auf die aktuellen Verhältnisse und Bedürfnisse zu reagieren vermag, schien die Untersuchung der Sichtweisen unterschiedlicher Akteure unabdingbar. Sie betraf vor allem die Definition von „Gesundheitsförderung“, die Gesundheitsbedürfnisse, die Probleme bei der Grundversorgung sowie die Erwartungen an die Rolle des Schularztes.

METHODOLOGIE

Methodologisch lag der Forschungsschwerpunkt auf den Primarschulen des Kantons Tessin. Angestrebt wurde erstens eine Literaturübersicht über das Konzept der Gesundheitsförderung, die Präsentation einiger Beispiele von Aktivitäten der Gesundheitsförderung in der Schweiz und im Ausland sowie eine Reflexion zur Entwicklung des schulärztlichen Dienstes nach dessen Reform. An zweiter Stelle wurde eine Reihe von Interviews mit zentralen Akteuren durchgeführt (Schulbehörden, Schulinspektoren, Lehrkräfte, Eltern, PräventionsexpertInnen, SchulärztInnen). Die Befragten wurden aufgefordert, sich speziell zu folgenden Aspekten zu äussern:

Gesundheitserziehung und –förderung in der Primarschule

- Definition und vorrangige Aktivitäten
- Realisierung und Echo auf durchgeführte Tätigkeiten
- Vorrangiger Bedarf, Hauptprobleme im Gesundheitsbereich, wichtigste Lücken bei Kindern dieser Altersgruppe

Rollendefinition des Schularztes in der Primarschule

- Aktuelles Rollenverständnis
- Erwartungen
- Einrichtung eines Kurses zur Gesundheitserziehung

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die als vorrangig identifizierten Bedürfnisse und Erziehungsthemen an das physische, soziale und mentale Wohlergehen des Kindes gebunden sind. Dazu gehören gesunde Ernährung, Bewegung, Respekt gegenüber dem Lebensrhythmus des Kindes, Entwicklung von psychosozialen Fähigkeiten (Selbstwertgefühl, Kritikfähigkeit, Respekt, Autonomie, Gefühlsausdruck, Zusammenarbeit, Umgang mit Konflikten), Sensibilisierung für soziale Themen (Umweltschutz, Toleranz, Multikulturalismus, Staatsbürgerschaft). Gesundheitliche Probleme sind in erster Linie psychosozialer Natur (Übergewicht, Stress, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Allergien, mangelndes Selbstwertgefühl, Passivität). Die im Rahmen der Primarschulen bisher durchgeführten Aktionen erwecken oft den Eindruck, lokal und punktuell zu sein. Sie reflektieren Tätigkeiten, die untereinander nur ungenügend koordiniert und wenig in eine globale Optik eingebunden sind.

Was die Rolle des Schularztes angeht, so sollte sie konzeptionell in ihrem gegenwärtigen Rollenverständnis dem aktuellen Kontext und den Bedürfnissen besser angepasst werden. Heute besteht demgegenüber ein deutlicher Abstand zwischen konzeptionellem Geschick und der Umsetzung in der Praxis (mit Ausnahme des Schulkreis I). So wie sie im Reglement festgehalten ist, wird die Rolle des Schularztes üblicherweise noch nicht als operationell erachtet. Die Tatsache, dass Initiativen den ÄrztInnen überlassen werden, führt zu heterogenen Situationen, auch weil die Mehrheit der ÄrztInnen Mühe damit bekunden, die ihnen zuge dachte Rolle wahrzunehmen. Die Hürden liegen in erster Linie im Zeitmangel (es fehlt die Zeit, um Kontakte mit Schulen und anderen Diensten zu knüpfen, um sich im Bereich der Erziehung und Prävention zu bilden oder um Interventionen vorzubereiten), im Mangel an Weiterbildungsangeboten (zur Behandlung und Prävention psychosozialer Probleme, pädagogischen Kompetenzen oder Kapazitäten zur vernetzten Zusammenarbeit), wie auch an einer gewissen Abschottung seitens der Schulen selbst (Programmdichte, Widerstände gegenüber der Eingliederung externer Personen). Was die Erwartungen an die Rolle des Schularztes angeht, so besteht ein Konsens in der Funktion des Schulmediziners, welcher in einer interdisziplinären Perspektive an formativen Interventionen teilnimmt (für Eltern und Lehrkräfte), und der Interventionen unterschiedlicher Dienste und punktueller Akteure koordiniert. Gefordert wird im Übrigen eine gewichtigere Zusammenarbeit mit den schulischen Akteuren sowie mit

Akteuren anderer Dienste, um ein Programm der Gesundheitsförderung zu definieren.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Um die Gesundheit in der Primarschule zu fördern, ist es notwendig, auf unterschiedlichen Ebenen zu handeln:

SCHULBEREICH

Für die Gesundheitsförderung ist eine räumliche (gemeinsame Spielflächen, Grünflächen im Freien) und eine psychosoziale schulische Reorganisation notwendig (Reorganisation des Evaluationssystems und der Überlastung des Programms – Stressfaktoren für die Kinder).

ERZIEHUNG UND PRÄVENTION

Erzieherische Interventionen in der Familie (bezüglich Themen wie Ernährung, Rhythmus und Bedürfnisse der Kinder, Bewegung) und unter Erziehungsfachleuten scheinen essentiell zu sein. Die Weiterbildung der Lehrkräfte bietet die Möglichkeit für diagnostische Instrumentarien sowie die Prävention bei Problemen psychosozialer Natur. Sie erlaubt ebenfalls eine Anpassung der Lehre an die Gesundheitsförderung und ihre Determinanten. Für eine Intervention bei den Kindern sind unabhängig vom gewählten Ansatz (transversaler Unterricht im ganzen Stundenplan oder Unterricht während spezifisch hierfür vorgesehener Weiterbildungen) die oben erwähnten Themen vorrangig zu berücksichtigen. Die Weiterbildung zuhanden von Eltern und Lehrpersonen, die von multidisziplinären Teams übernommen werden könnte, wird als wichtiger erachtet als eine Direktintervention bei den Kindern. Ein spezifischer Kurs zu Erziehung und Gesundheit für Kinder erscheint hingegen als nicht besonders angebracht.

ZUSAMMENARBEIT, ABSPRACHE UND KOORDINATION

Die aufgezeigten Themen erfordern einen komplementären fachspezifischen Ansatz, und die Entwicklung erzieherischer Interventionen benötigt die Zusammenarbeit und Vernetzungsarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen. Die Absprache ist sowohl auf Ebene der Schulkreise als auch auf kantonaler Ebene notwendig, damit sowohl bestehende als auch künftige erzieherische Aktivitäten definiert und koordiniert werden können. Eine verbesserte Koordination erzieherischer und präventiver Arbeit wird von jenen Diensten benötigt,

welche an Primarschulen intervenieren – ebenso wie seitens gelegentlich involvierter Akteure.

Auch die Intervention des Schularztes wird nicht nur in erzieherischer und präventiver Hinsicht gefordert (Teilnahme an der Ausbildung von Lehrerschaft und Eltern zusammen mit anderen Akteuren) sondern auch im Hinblick auf gemeinsame Zusammenarbeit, Absprache und Koordination (Zusammenarbeit mit Akteuren von Schulen und anderen Diensten, Koordination der Einzelaktivitäten, aktive Mitarbeit bei der Festlegung von Zielen, Rollen und Interventionen auf Ebene der Schulkreise sowie des Kantons). Wie erwähnt, treffen die SchulärztInnen auf Widerstände bei der Erfüllung dieser Vorgaben – dazu zählen besonders der Zeitmangel, die fehlende adäquate Ausbildung sowie existierende Barrieren zwischen Schul- und Gesundheitssektor. Interdisziplinarität und Vernetzungsarbeit fallen oft deshalb schwer, weil je unterschiedliche Wahrnehmungen der Wirklichkeit, andere Sprachmodi und fachspezifische Ansätze vorhanden sind. Das kürzlich gegründete „Forum für Gesundheitsförderung“, welches eine Zusammenarbeit auf departementaler Ebene praktiziert (DECS-DSS), könnte dazu beitragen, die Barrieren abzubauen, indem es schlussendlich die Einrichtung gemeinsamer Sprachmodi und Ziele ebenso fördert, wie die Durchführung gemeinsamer Interventionen. Angesichts der Tatsache, dass SchulärztInnen nach wie vor wichtige Referenzgrößen für die schulische Gesundheitsförderung bilden, und um ihre aktive Teilnahme an gemeinsamen Absprachen zu fördern, sollte idealerweise ein/e VertreterIn der SchulärztInnen in das Förderkomitee des Forums eingebunden werden (gegenwärtig fungiert der schulärztliche Dienst als Gesprächsgegenstand und nicht als Gesprächspartner). Um die Widerstände in Zusammenhang mit der zeitlichen Verfügbarkeit und Ausbildung des Schularztes zu überwinden, müsste innerhalb des Dienstes eine Reflexion stattfinden. Diese betrifft die Einführung in Person eines/r KrankenpflegerIn (gegenwärtig in Diskussion) sowie eine stärkere professionelle Rolle des/der SchulärztIn (einschliesslich Zeitplanung, welche dieser Rolle zugedacht ist, Planung von Aktivitäten, Weiterbildung in regelmässigen Abständen). Mit Blick auf das Forum, sollte daher innerhalb des Dienstes ein Denkprozess zu Aufgaben stattfinden, welche die SchulärztInnen effektiv zu erfüllen in der Lage sind – dies umso mehr, als sich die Erwartung an ihre Arbeit, wie bereits ausgeführt, auf mehreren Ebenen ansiedelt.

EMPFEHLUNGEN

STRUKTUR UND ANGEBOT

- Professionalisierung der Rolle des Schularztes respektive der Schulärztin (Reglementierung und Planung von Zeit und Aktivitäten).
- Verstärkte Weiterbildung (z.B. Gesundheit von Gemeinschaften, vernetzte Zusammenarbeit, Optik der Gesundheitsförderung, psychosoziale Probleme).
- Interne Diskussion über die Struktur des Dienstes (SchulpflegerIn, ärztlicher LeiterIn des Dienstes, Verstaatlichung der Funktion des/der SchulärztIn oder Zwischenlösungen je nach vorhandenen Ressourcen).
- Interne Überlegungen zu den Aufgaben, welche die SchulärztInnen effektiv zu erfüllen bereit sind.

INHALT

- Präventive und erzieherische Tätigkeiten sollten den Themen, Bedürfnissen und den vorrangigen Gesundheitsproblemen Rechnung tragen.
- Von grundlegender Bedeutung sind folgende Bedürfnisse und Themen: gesunde Ernährung, Bewegung, Lebensrhythmus des Kindes oder Entwicklung von psychosozialen Fähigkeiten (Selbstwertgefühl, Kritikfähigkeit, Respekt, Autonomie, Gefühlsausdruck, Umgang mit Beziehungen und Konflikten).
- Der Fokus der Aufmerksamkeit sollte auf der Prävention von Gesundheitsproblemen liegen, wie: Übergewicht, Stress, Kopfwahl, Müdigkeit, Allergien, mangelndes Selbstvertrauen, Passivität.

INTERVENTIONSFORMEN

- Der Hauptakzent sollte auf der Ausbildung von Eltern und Lehrerschaft liegen, welche zusammen mit anderen Fachpersonen unter Beihilfe schulischer Akteure durchgeführt wird.
- Die Vernetzungsarbeit mit Fachleuten anderer Dienste, mit schulischen Akteuren und mit anderen Fachpersonen, welche punktuell an Schulen intervenieren, sollte intensiviert werden.
- Einrichtung einer multidisziplinären Arbeitsgruppe, gemäss dem Modell des Schulkreis I, zwecks Planung und Realisierung von triftigen und angemessenen Interventionen.

1 INTRODUZIONE

La salute non è più solo riparazione. Oggigiorno si è fatto strada un concetto che si sperimenta sempre più con messaggi e attività che hanno come obiettivo la promozione della salute. Come sottolineato dall'OMS, la promozione della salute passa principalmente attraverso il comportamento, e la scuola è considerata il luogo privilegiato per conferire a bambini e giovani convinzioni, capacità, modi di pensare e atteggiamenti favorevoli alla salute, intesa come stato di benessere fisico, mentale e sociale. In effetti, considerando che una parte importante dei comportamenti e delle abitudini si sviluppano soprattutto nei primi anni di vita - e che gran parte dell'infanzia e della gioventù si trascorrono a scuola- un legame intrinseco esiste tra scuola e salute. Di conseguenza, negli ultimi anni si sono moltiplicate in più contesti le riflessioni e le iniziative volte a rendere le scuole dei luoghi per l'educazione e la promozione della salute. La promozione della salute nella scuola richiede in modo particolare un avvicinamento tra due universi, quello della salute e quello della scuola, che possiedono però linguaggi e realtà ben distinti. In tale ambito, si delinea la necessità di un riorientamento delle finalità e dei ruoli rispettivi, nonché una riflessione e un'azione concertata ed intersettoriale che possa superare le barriere territoriali che tendono a sussistere ancora oggi. Tali presupposti sono essenziali affinché i diversi attori coinvolti nell'educazione e nella salute possano collaborare all'implementazione d'azioni educative e preventive inserite in una politica globale e coerente.

Se la scuola è chiamata ad evolvere per adeguarsi alla necessità di rappresentare un luogo favorevole alla promozione della salute, anche i servizi sono portati a rivedere il loro ruolo e il loro funzionamento per avvicinarsi all'universo della scuola e rispondere ai bisogni attuali di salute degli allievi d'ogni fascia d'età. In tale contesto, la *Medicina scolastica* ha recentemente subito in Ticino (come del resto anche negli altri cantoni svizzeri) una riforma a livello dei suoi indirizzi concettuali e operativi. La sua trasformazione, avvenuta nel 1998, ha rappresentato un cambio notevole, considerato il fatto che si è passati da un'offerta di prestazioni di medicina individuale ad un approccio collettivo, che mette l'accento su interventi preventivi e educativi in un'ottica di promozione della salute. Il nuovo indirizzo prevede quindi un cambiamento importante del ruolo del medico scolastico, che è chiamato ad agire in modo maggiormente concertato e interdisciplinare, in sinergia con gli altri operatori scolastici e sanitari attivi nel mondo della scuola.

Come ogni cambiamento, l'evoluzione del Servizio e del ruolo del medico scolastico è un processo che necessita un periodo di transizione e d'adattamento. In questo percorso, appare opportuno analizzare la percezione di tale cambiamento presso le entità direttamente interessate, anche per identificare gli ostacoli che possono manifestarsi durante il processo. Risulta inoltre necessario individuare i bisogni non ancora soddisfatti dall'azione del medico scolastico e determinare le modalità d'intervento appropriate in termine di

promozione della salute nella scuola. Nel nostro caso faremo riferimento in modo specifico alla scuola elementare.

La scuola elementare rappresenta un contesto particolarmente importante per la realizzazione d'azioni e programmi d'educazione e di promozione della salute. In effetti, come già sottolineato, i comportamenti si sviluppano in gran parte nei primi anni di vita, e si deduce quindi che la promozione della salute dovrebbe iniziare il più presto possibile. In effetti, l'intervento sul comportamento appare efficace soprattutto nel periodo in cui i bambini sono orientati verso la scuola, e dunque nell'età della prima scolarizzazione. Nonostante ciò, gli interventi che si concentrano sulla sensibilizzazione e sulla promozione della salute intervengono spesso più tardi (scuole medie, scuole professionali, scuole superiori) e si rivolgono a degli adolescenti che considerano la scuola più una struttura funzionale che non di riferimento. Questa tendenza è riscontrabile anche in Svizzera. Ne è un esempio il programma nazionale "Scuole e salute", che contempla una quantità di progetti che hanno come obiettivo un intervento tardivo nel cursus scolastico dei giovani. La promozione della salute nella scuola elementare sembra quindi essere meno privilegiata rispetto agli altri livelli scolastici.

A seguito di queste considerazioni, per comprendere il ruolo che è chiamato ad occupare il Servizio di medicina scolastica (e dunque il medico scolastico) nell'ambito della promozione della salute nella scuola elementare, appare necessario esaminare tale problematica attraverso un approccio partecipativo che tenga conto dei punti di vista dell'insieme degli attori coinvolti. In quest'ottica, abbiamo proceduto in primo luogo ad analizzare la problematica della promozione della salute nella scuola elementare esaminando le opinioni rispetto alla sua definizione e alle attività che dovrebbero caratterizzarla, le azioni già realizzate, nonché i problemi e i bisogni di salute ritenuti prioritari per i bambini di quest'età. In seguito, abbiamo focalizzato l'attenzione sulla definizione del ruolo del medico scolastico nell'ambito della promozione della salute nella scuola elementare e raccolto le opinioni in merito alla percezione del suo ruolo attuale e del cambiamento rispetto al passato, le aspettative nei riguardi del suo operato, nonché le modalità d'intervento. Per rispondere a queste interrogazioni, abbiamo sondato l'opinione di una serie d'attori rappresentativi delle istanze educative e sanitarie che intervengono nella scuola elementare, così come alcuni rappresentanti di gruppi di genitori. Ciò permette di considerare e di confrontare i punti di vista dei diversi attori in materia di promozione della salute nella scuola elementare, di mettere in evidenza le loro aspettative e di rilevare gli aspetti consensuali e le divergenze. Una tale procedura può rivelarsi importante soprattutto se l'obiettivo ricercato è quello d'accordarsi a termine su di un approccio concertato e globale.

Prima di presentare la ricerca nelle sue diverse fasi, dedicheremo due capitoli introduttivi alle tematiche sotto esame, la promozione della salute nella scuola e il ruolo del Servizio di medicina scolastica nella promozione della salute, con particolare riferimento al contesto del Cantone Ticino.

2 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA: DAL CONCETTO ALL'AZIONE

Per offrire una visione d'insieme della problematica della promozione della salute nella scuola, nel primo capitolo presenteremo dapprima il concetto di promozione della salute come definito dalla Carta d'Ottawa. In seguito, analizzeremo i principali criteri del concetto di promozione della salute nella scuola secondo le definizioni del Comitato d'Esperti dell'OMS e della Rete europea Scuole e salute. Il caso svizzero, infine, sarà esaminato attraverso la presentazione del Programma nazionale 'Scuole e salute', con particolare riferimento alla problematica della promozione della salute nella scuola nel Cantone Ticino. Alla fine del capitolo, saranno presentate a titolo d'esempio una serie d'azioni di promozione della salute nella scuola elementare realizzate in Svizzera e in altri paesi.

2.1 LA CARTA D'OTTAWA

La Carta d'Ottawa¹ per la promozione della salute ha rappresentato una svolta significativa per il sistema sanitario e ha stabilito le basi di un nuovo approccio della salute e della malattia. Abbracciando una concezione globale e positiva della salute, definita in quanto stato di benessere fisico, mentale e sociale (e non più come semplice libertà dalla malattia), la Carta d'Ottawa definisce la promozione della salute come un processo che consente ad ogni persona di esercitare un'influenza sulla propria salute e di migliorarla. L'accento è dunque posto sulla capacità degli individui e dei gruppi di prendere delle decisioni e avere il controllo sulle diverse circostanze della propria vita, nonché sull'importanza di creare all'interno della società le condizioni che favoriscono il rispetto verso sé stessi e gli altri, la realizzazione delle proprie aspirazioni, la soddisfazione dei propri bisogni e il cambiamento dell'ambiente di vita. Una tale visione implica che la salute dipende sempre meno dalla funzionalità dei sistemi sanitari e sempre più da fattori a loro esterni, come quelli socio-ecologici e comportamentali. Di conseguenza, la salute e la sua promozione non possono essere garantite esclusivamente dal settore sanitario, ma è richiesta un'azione congiunta e coordinata di tutti gli organismi e attori interessati (governi, settori sanitari, sociali ed economici, industrie, ONG, comunità, abitanti). Tale approccio necessita l'attuazione di una politica pubblica per la tutela e per la promozione della salute in tutti i settori, lo sviluppo di un intervento intersettoriale, dunque la partecipazione attiva e coordinata di più comparti della Pubblica Amministrazione. Esso richiede inoltre il coinvolgimento della società civile attraverso il potenziamento delle risorse comunitarie (p. es. favorire l'autosufficienza e la

¹ Presentata durante il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute dell'OMS nel novembre 1986

solidarietà sociale, rafforzare la partecipazione comunitaria alle decisioni in materia sanitaria e la gestione diretta della salute), nonché lo sviluppo delle capacità personali (p. es. informazioni e istruzione sul problema della salute agli abitanti, rafforzamento delle capacità decisionali, promozione d'atteggiamenti e comportamenti favorevoli alla salute). La promozione del benessere e della qualità di vita degli individui e della società richiede un nuovo orientamento delle politiche sanitarie e non sanitarie. Il concetto di promozione della salute presuppone in particolare un intervento coordinato a livello dei vari settori della società, tra i quali figura in primo piano il settore scolastico.

2.2 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA SECONDO IL COMITATO D'ESPERTI DELL'OMS

Come rilevato dal rapporto² redatto dal Comitato d'esperti dell'OMS³, tra i diversi settori della società, la scuola rappresenta il luogo ideale per attuare un programma di promozione della salute. Considerando che le abitudini di vita, le capacità psico-sociali e i comportamenti favorevoli alla salute e al benessere si sviluppano in gran parte nei primi anni di vita, ne consegue che la scuola è un luogo privilegiato per dotare i giovani di una *cultura* favorevole alla salute, capace di incidere sui loro stili di vita e atteggiamenti. L'ambiente scolastico può costituire un mezzo efficace per il miglioramento dell'autostima, della capacità di vivere (capacità di prendere delle decisioni valide, comunicazione, comprensione dei sentimenti, capacità di pensiero critico, di affrontare lo stress, ecc.), e per favorire l'adozione di comportamenti salutari. La scuola rappresenta inoltre un luogo privilegiato in cui intervenire per prevenire o per combattere malattie e disagi specifici.

Malgrado questo potenziale, il Comitato d'esperti ha messo in evidenza che i programmi sanitari attuati nelle scuole sono scarsamente sviluppati nella quasi totalità dei paesi. Le risorse finanziarie, il tempo, la presenza d'operatori qualificati, la volontà pubblica e politica risultano spesso inadeguate. Di conseguenza, si constata che il concetto teorico di un approccio globale ai programmi sanitari che promuovono la salute, o di una 'scuola che promuove la salute', è generalmente più progredito della sua pratica.

In quest'ottica, il Comitato ha elaborato una serie di raccomandazioni affinché i governi, le ONG e gli altri organismi e attori impegnati in tale ambito, oltre che le autorità scolastiche stesse, possano applicare le misure necessarie per permettere alla scuola di utilizzare il proprio potenziale per migliorare la salute dei bambini e dei giovani, del personale scolastico e delle famiglie. Il presupposto principale è che le scuole possono essere efficaci come ambienti per la promozione della salute solo dal momento in cui esse stesse, come istituzioni,

² La promozione della salute nella scuola. Istruzione e salute: un binomio indissolubile nell'attenta analisi di un gruppo di esperti dell'OMS. *Quaderni di Sanità Pubblica*, 105, aprile 1998.

³ L'OMS ha radunato un Comitato d'Esperti sull'Educazione e Promozione Globale della Salute nella Scuola a Ginevra, dal 18 al 22 settembre 1995.

sono sane. In effetti, l'organizzazione e la gestione della scuola, la qualità del suo ambiente fisico e sociale, i metodi d'insegnamento, oltre che al modo di valutazione degli allievi, sono tutti fattori che possiedono un effetto diretto sull'autostima, sul risultato educativo e quindi sulla salute stessa degli allievi e del personale. In seguito, si sottolinea che un'efficace promozione della salute nella scuola è il riflesso di un approccio organizzato e coerente, realizzato attraverso strategie globali. Non è dunque sufficiente che la scuola offra dei servizi (es. educazione sanitaria, educazione fisica, salute mentale e sostegno sociale), ma essi devono rafforzarsi reciprocamente ed essere organizzati secondo un'ottica globale e concertata. Secondo il Comitato d'esperti la definizione di un programma di promozione della salute nella scuola dovrebbe comprendere tre aspetti principali: l'ambiente, i servizi e l'educazione.

L'**ambiente** sanitario scolastico dovrebbe essere costituito da:

- Un ambiente fisico, psicologico e sociale orientato dal punto di vista dello sviluppo e culturalmente appropriato, che permetta agli studenti di realizzare il proprio potenziale.
- Una sana cultura organizzativa all'interno della scuola.
- Interazione produttiva tra la scuola e la comunità in cui è inserita.

I **servizi** sanitari scolastici dovrebbero includere:

- Servizi di prevenzione, di cura e di riferimento (è fondamentale l'esistenza di strutture di riferimento strutturate oltre la scuola).
- Servizi nutrizionali e di sicurezza alimentare.
- Servizi di igiene e di sanità pubblica.
- Servizi di promozione della salute per il personale.

L'**educazione** sanitaria scolastica dovrebbe includere:

- Capacità accademiche e sviluppo delle conoscenze (che utilizzino al meglio una vasta gamma di tecniche pedagogiche, compreso l'apprendimento attivo, l'educazione dei pari, e l'apprendimento basato sulla ricerca).
- Educazione sanitaria e nutrizionale.
- Educazione alla capacità di vivere.
- Educazione del personale attraverso la formazione e lo sviluppo di personale scolastico.

Tale definizione è strutturata come una guida per i politici, i pianificatori, gli educatori e i professionisti sanitari. Nella pratica è ammesso che ogni realtà territoriale ha le proprie forze e le proprie limitazioni. Ogni scuola dovrebbe quindi sviluppare il proprio programma basandosi sulle disponibilità e le forze a sua disposizione. Tale definizione si vuole flessibile e non specifica i ruoli e le responsabilità individuali all'interno del sistema scolastico. Il Comitato degli esperti nota ad esempio che l'educazione sanitaria può essere impartita da un insegnante o da altri professionisti della salute, così come può prendere la forma di un corso specifico oppure essere inserita nelle diverse materie dell'intero curriculum scolastico. Gli esperti riconoscono che la realizzazione di un programma d'educazione alla salute nella scuola rappresenta un cambiamento importante non facile da attuare. Esso consiste in effetti in un processo

d'evoluzione lento, che si confronta quasi sistematicamente a degli ostacoli⁴. L'identificazione degli ostacoli durante il processo di cambiamento si rivela importante per superarli attraverso delle strategie adeguate. Al centro d'ogni strategia figura il concetto di gestione del cambiamento. L'obiettivo reale è il cambiamento della cultura delle istituzioni e non tanto la realizzazione di singole innovazioni. Tra le diverse strategie identificate, quelle menzionate qui sotto appaiono come le più essenziali per la gestione del processo di cambiamento:

- È necessario rendere **tutti gli attori responsabili**, affinché il maggior numero di persone possibili all'interno della scuola e del sistema educativo e sanitario diventino fautori del cambiamento.
- **Il dialogo e la condivisione della pianificazione e dell'azione** sono indispensabili per permettere alle persone coinvolte di sviluppare la propria visione delle implicazioni dei programmi sanitari e adattare le proprie azioni a livello locale.
- Il passaggio dal concetto teorico all'azione reale richiede un **sistema di rete e la collaborazione** delle persone interessate, oltre che la cooperazione delle persone che sono chiamate a operare il cambiamento. È pertanto necessario individuare delle persone competenti ad ogni livello, che possano scambiarsi informazioni e influenzare il lavoro reciproco.
- Le strategie relative alla **costruzione di capacità** aiutano sia le singole persone (educatori, insegnanti, operatori sanitari) sia le istituzioni (scuole, governi, ONG) ad acquisire le informazioni necessarie, le capacità e le risorse necessarie per realizzare efficacemente i programmi sanitari promossi dalla scuola. Tali strategie includono aspetti quali formazione professionale e formazione permanente per gli insegnanti, sostegno al follow-up di formazione, e sviluppo d'infrastrutture per pianificare, realizzare e valutare i programmi sanitari. Come le altre strategie, esse richiedono la collaborazione tra diversi individui e istituzioni.

Considerato il fatto che la scuola sembra incontrare delle difficoltà nell'affrontare i cambiamenti necessari per assicurare le necessità fondamentali di salute dei

⁴ Tra gli ostacoli che possono manifestarsi, sono identificati:

Una visione e una pianificazione strategica inadeguata. È fondamentale avere una visione chiara degli obiettivi e dei benefici dei programmi sanitari promossi e del modo in cui possono essere realizzati.

Comprensione e accettazione inadeguate. La necessità dei programmi promossi può non essere compresa né condivisa dall'insieme degli attori coinvolti o dal pubblico. Anche se esiste unanimità sulla validità di tale cambiamento, esso può essere percepito come secondario rispetto ad altre priorità.

Collaborazione e coordinamento inadeguati. Visto che la salute e l'educazione sono strettamente legate, è possibile ottenere dei progressi solo con la collaborazione dei ministeri della sanità e dell'educazione. Dal momento che anche le ONG ricoprono un ruolo importante nell'educazione alla salute dei giovani, e possono rappresentare una risorsa importante, è necessario ottenere anche la loro collaborazione.

Mancanza di senso d'appartenenza, di responsabilità e d'affidabilità. Per convincere i partecipanti ad assumere la responsabilità di un processo di cambiamento è necessario instaurare un senso d'appartenenza. Se un governo dichiara responsabile la scuola del cambiamento senza fornire le risorse necessarie, si crea un ostacolo. Se le autorità scolastiche investono gli insegnanti della responsabilità del cambiamento senza permettere loro di partecipare alla determinazione degli indirizzi di fondo e dei processi di cambiamento, si crea una mancanza di appartenenza. In caso di collaborazioni intersettoriali, se i ruoli dei partecipanti non sono chiaramente definiti nessuno si sente parte riconosciuta del processo.

Mancanza di risorse. Dedicare risorse alla salute e all'educazione alla salute dei bambini è spesso considerato una priorità secondaria, ciò che compromette il risultato dei processi educativi e sanitari. Spesso un numero insufficiente di insegnanti e personale scolastico è formato in modo adeguato; inoltre, il materiale per l'insegnamento relativo alla salute, come anche curriculum e guide di formazione, non sono sempre disponibili o sufficienti.

bambini e degli adolescenti dal punto di vista fisico, mentale e sociale, il rapporto del Comitato di esperti dell'OMS rappresenta un invito all'azione. Le diverse istanze (governi, organizzazioni internazionali, ONG, scuole) sono sollecitate a sviluppare e realizzare delle pianificazioni affinché il processo di cambiamento sia affrontato in modo costruttivo e si riduca la distanza tra il concetto e l'azione.

A livello europeo l'esigenza della promozione della salute in ambito scolastico si è concretizzata ancor prima dell'incontro del Comitato d'esperti dell'OMS. In effetti, la creazione del progetto "Rete Europea delle Scuole e Salute" (un'iniziativa comune dell'OMS Europa, del Consiglio dell'Europa e della Commissione Europea), risale al 1992, e ha come obiettivo quello di sostenere nelle loro attività e nel loro sviluppo tutte le scuole europee che s'impegnano a rendere i loro istituti un *luogo di vita e di salute*, in altri termini una scuola-salute.

2.3 LA RETE EUROPEA SCUOLE E SALUTE

La scuola-salute si basa su di un modello sociale della salute che pone l'accento sia sull'insieme dell'organizzazione scolastica sia sui singoli individui. I bambini e i giovani rappresentano gli individui centrali di un processo che mira essenzialmente a creare un clima sociale favorevole alla formazione delle relazioni, alla capacità e alla possibilità di partecipare al processo decisionale, oltre che allo sviluppo di valori e comportamenti favorevoli al benessere fisico, sociale e mentale⁵.

In tal senso, la Prima conferenza della rete europea Scuole e salute⁶, organizzata nel maggio 1997, risponde alla necessità d'incoraggiare maggiormente l'implementazione di una politica educativa di promozione della salute nelle scuole. La risoluzione della conferenza domanda ai governi dei paesi europei di adottare il concetto Scuole e salute e di creare le condizioni necessarie per l'implementazione di una serie di principi, tra i quali:

⁵ Dodici criteri necessari per una scuola-salute sono stati identificati:

- Costruire il programma di promozione della salute a partire dalle attese, domande e **bisogni** degli allievi.
- Promuovere la **stima di sé** d'ogni allievo.
- Favorire delle **buone relazioni** tra insegnanti e allievi e tra gli allievi stessi.
- Far percepire chiaramente agli allievi e agli insegnanti il **progetto pedagogico** della scuola.
- Mobilizzare gli allievi in **attività stimolanti** che incitano ad un modo di vita sano.
- Migliorare l'**ambiente fisico** della scuola.
- Stabilire relazioni solide tra **la scuola e la famiglia**.
- Stabilire dei legami di **continuità** tra i diversi livelli d'insegnamento.
- Promuovere attivamente la salute e il benessere del personale scolastico.
- Attribuire agli insegnanti un ruolo di riferimento in materia di salute.
- Affermare il ruolo complementare **dell'alimentazione scolastica** nel programma di promozione della salute.
- Utilizzare il potenziale educativo dei **servizi sanitari** nell'ottica di un sostegno attivo al programma di promozione della salute.

Secondo l'opuscolo "La rete europea delle scuole-salute, Azione comune OMS-CE-CCE, Copenhagen, 1993.

⁶ "La scuola-salute, un investimento nell'educazione, la salute e la democrazia", Thessalonico-Haldiki, Grecia, 1-5 maggio 1997.

- **La democrazia.** Educazione alla cittadinanza e al rispetto dei Diritti umani.
- **L'equità.** Garantire l'assenza di discriminazioni.
- **La capacità d'azione.** Migliorare le capacità dei giovani ad agire e a provocare dei cambiamenti, grazie a delle politiche e a delle pratiche d'insegnamento adatte, che permettano di partecipare alle decisioni importanti.
- **L'ambiente scolastico.** L'ambiente fisico e sociale della scuola deve promuovere e mantenere la salute.
- **Programma dei corsi.** Permettere ai giovani di acquisire e di comprendere le competenze essenziali della vita, e rispondere ai loro bisogni (creatività, imparare ad imparare, ecc.).
- **Formazione degli insegnanti.** La legislazione deve orientare la formazione professionale e continua degli insegnanti secondo il concetto della scuola-salute.
- **Collaborazione.** La condivisione delle responsabilità e una stretta collaborazione tra ministeri, in particolare quelli dell'educazione e della sanità, sono indispensabili per la pianificazione strategica della scuola-salute. Si tratta inoltre di chiarire i ruoli e le responsabilità rispettive.
- **Comunità.** I genitori e la comunità sono chiamati ad assumere un ruolo centrale nell'adozione e nel sostegno della promozione della salute nella scuola. Insieme, scuola e comunità possono influenzare positivamente la creazione di un ambiente sociale e fisico favorevole alla salute.

La Svizzera partecipa alla Rete scuole e salute (RES-CH) dal 1993, insieme con altri 37 paesi. La Fondazione svizzera per la salute RADIX ha il mandato di coordinare e sviluppare le azioni sul territorio nazionale, gestire lo scambio d'esperienze a livello nazionale e internazionale e assicurare la qualità attribuendo il marchio "Scuole e salute". RADIX offre alle istituzioni scolastiche interessate dei consigli e un supporto per l'implementazione di una rete di sostegno locale. Organizza inoltre degli incontri per lo scambio di esperienze, mette a disposizione della documentazione sui progetti e degli strumenti pratici, pubblica una lettera d'informazione trimestrale, offre un sostegno finanziario per dei progetti in ambito scolastico e collabora con le antenne regionali. L'iniziativa della Rete svizzera scuole e salute fa attualmente parte di un programma nazionale più ampio, il programma "Scuole e salute".

2.4 IL PROGRAMMA NAZIONALE SVIZZERO "SCUOLE E SALUTE"

L'Ufficio federale della salute pubblica (UFSP) e la Conferenza svizzera dei direttori cantonali dell'istruzione pubblica (CDIP), constatando che nelle scuole svizzere la promozione della salute non fa ancora parte integrante dell'insegnamento e non appare come prioritaria nel sistema scolastico, hanno lanciato nel 1997 il programma nazionale "Scuole e salute". Questo programma (prima fase 1997-2002), che intende rinforzare il ruolo della scuola come luogo di promozione della salute, è nato in seguito al progetto comune "Salute Gioventù" (UFSP e CDIP), terminato nel 1995, che già aveva contribuito a sensibilizzare le istituzioni scolastiche e sanitarie rispetto allo stretto legame tra educazione e promozione della salute. Il programma è stato prolungato fino al 2010, ciò che

sottolinea la volontà politica di sostenere e diffondere la tematica dell'educazione e la promozione della salute in ambito scolastico. Lo scopo è di inserire a termine la promozione della salute nei curriculum di formazione e di favorire dei cambiamenti a livello della formazione e del perfezionamento degli insegnanti. I progetti sostenuti sino ad ora (33 su 100 presentati) sono stati scelti soprattutto in base al loro carattere regionale o cantonale, alla presenza d'aspetti interdisciplinari, e al loro orientamento sui bisogni manifesti.

Dato il carattere estremamente eterogeneo dei progetti, sono previste delle giornate di scambio tra i vari responsabili per favorire la ricerca di un linguaggio comune. Ne è un esempio la conferenza "Open Space" che avuto luogo il 4/5 settembre 2001 a Friburgo. Il colloquio, al quale hanno partecipato in modo interattivo dei rappresentanti delle autorità sanitarie e educative, insegnanti, specialisti della promozione della salute e allievi, ha rappresentato un tentativo di trovare un certo consenso in merito alla promozione della salute nelle scuole. Il programma nazionale, per la fase 2003-2010, intende in effetti adeguare il suo concetto generale all'evoluzione della situazione, ai bisogni attuali e alle nuove visioni, raccolte e discusse durante la conferenza di Friburgo. In seguito a quest'incontro, i partecipanti hanno redatto e firmato un manifesto rivolto alle autorità competenti per il proseguimento del programma Scuole e salute. Sono riportate qui sotto le principali proposte ai vari livelli.

A livello nazionale

- Invitare i rappresentanti delle autorità politiche, economiche, della sanità e dell'educazione a **iscrivere la promozione della salute come preoccupazione pubblica**.
- **Aumentare il budget della Confederazione** per la promozione della salute.
- Elaborare un **concetto globale di promozione della salute** e operare una distribuzione chiara dei ruoli.

A livello intercantonale e interregionale

- Creare e sviluppare dei **centri di competenza** per la promozione della salute.
- Fondare un **istituto di ricerca e d'insegnamento** della promozione della salute.

A livello cantonale

- Sviluppare delle **condizioni ambientali** favorevoli alla salute nelle scuole, in modo conforme alla Carta d'Ottawa.
- Sviluppare la **collaborazione e la cooperazione tra i dipartimenti della pubblica istruzione e della salute** (p. es. gruppi di lavoro interdipartimentali).
- **Rendere obbligatoria** la promozione della salute nel piano di studi ad ogni livello.
- Proporre al corpo insegnanti una **formazione continua** di mediatori o di coordinatori nel campo della promozione della salute.

A livello comunale

- **Ridurre i compiti d'insegnamento** delle persone responsabili.
- Prevedere nel **budget scolastico** i fondi necessari alla promozione della salute a scuola.

- Invitare le **autorità scolastiche** ad investirsi nella promozione della salute.
- Diffondere nell'**opinione pubblica** l'importanza della promozione della salute nella scuola, nei quartieri e nei comuni.

A livello scolastico

- Sviluppare un **concetto pedagogico** in materia di salute, da incorporare in ambito scolastico.
- Fondare dei **gruppi-salute** (con la partecipazione dei giovani, degli insegnanti, dei genitori e del personale scolastico)
- Implicare la **direzione della scuola** nella pianificazione e nella gestione dei progetti.

Dopo aver riportato lo stato attuale delle azioni e delle riflessioni a livello nazionale nell'ambito del programma Scuole e salute, esaminiamo ora le particolarità del Cantone Ticino.

2.5 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA IN TICINO

Innanzitutto, come messo in evidenza da un'analisi comparativa⁷ d'alcune politiche svizzere di salute pubblica, possiamo rilevare che il concetto di salute pubblica adottato dal Ticino segue i principi enunciati dall'OMS nella Carta d'Ottawa. Il concetto ticinese si basa largamente sui presupposti della promozione della salute, osservando sia gli aspetti individuali legati ai comportamenti sani (*empowerment* della popolazione, rafforzamento delle conoscenze e delle capacità individuali per operare delle scelte favorevoli alla salute), sia gli aspetti collettivi (ambiente fisico e sociale, determinanti eco-socio-economici della salute). Il Ticino assume inoltre un ruolo innovatore in Svizzera. È il primo cantone ad aver introdotto (nel 2000) nelle linee direttive del Governo la necessità di valutare l'impatto delle nuove leggi (e/o le modifiche di quelle esistenti) sullo stato di salute (*Health impact assessment*). Quest'aspetto prevede la valutazione e la coordinazione delle politiche pubbliche sanitarie e non sanitarie -attraverso un intervento multisettoriale- come previsto dalla Carta d'Ottawa. Il Cantone assume un ruolo attivo ed incitatore rispetto alla politica nazionale di promozione della salute, e prevede una strategia basata sul partenariato e la concertazione, sia all'interno dei diversi settori dell'amministrazione pubblica sia tra questi e la società civile. Nell'ambito di tale partenariato, lo Stato prevede di assumere dapprima un ruolo di promotore per favorire la collaborazione e le azioni concertate nell'ambito della promozione della salute, prendendo con il tempo, una volta stabilite le modalità della collaborazione, un ruolo di mediatore. Tra le forme di concertazione previste appare in particolare la modalità del Forum, dove le diverse istanze pubbliche e private coinvolte nella promozione della salute possano essere rappresentate. In Ticino, dunque, l'evoluzione recente nel campo della salute pubblica è

⁷ Renschler I, Maggi J, Cattacin S, Hausser D. *Nouvelles orientations et modèles de politiques de la santé en Suisse*. Rapport de recherche, FNRS; 2002.

caratterizzata dalla volontà di rafforzamento della collaborazione intersettoriale, del lavoro di rete e della partecipazione attiva dei settori pertinenti della società civile.

2.5.1 FORUM PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA

Nell'ambito della promozione della salute nella scuola, è nato recentemente (nell'aprile 2002) un progetto interdipartimentale⁸ di concertazione, il *Forum per la promozione della salute nella scuola*. Come dichiarato nel comunicato stampa⁹ del 22 agosto 2002, il Forum si definisce come un'iniziativa per avvicinare il mondo della salute pubblica e quello della scuola, con l'obiettivo di creare un approccio concertato in un contesto caratterizzato da un moltiplicarsi d'iniziative e interventi preventivi esterni alla scuola, che non sempre s'inseriscono in modo coerente nell'attività scolastica. La costituzione di un gruppo di lavoro che coinvolga le diverse istanze interessate alla promozione della salute nella scuola risponde ad una volontà di coordinamento tra i due settori (sanitario e scolastico) per uno scambio d'esperienze ed informazioni, nonché per un confronto e una mediazione tra opinioni diverse. Il Forum, che sarà operativo a partire dall'anno scolastico 2002-2003, rappresenterà dunque un luogo d'incontro e di discussione interdisciplinare tra attori che operano nel settore della salute pubblica e della scuola. Tale progetto concretizza l'indirizzo previsto dal Cantone d'avviare un approccio intersettoriale e partecipativo di promozione della salute, allo scopo di migliorare la qualità di vita nella scuola e individuare bisogni e tematiche dei vari settori scolastici (diverse fasce d'età).

Gli obiettivi principali del Forum sono i seguenti:

- Collaborare alla **definizione di una visione coerente** della salute e dei suoi determinanti.
- Collaborare **a definire gli obiettivi generali** di indirizzo e le **priorità tematiche**.
- Collaborare alla **creazione di linee guida** relative a tematiche/problematiche con indirizzo di fondo in ambito della promozione della salute nella scuola.
- Mantenere una **visione d'insieme**, aggiornata, delle **attività** svolte a scuola.
- **Diffondere** i presupposti e le modalità di lavoro della promozione della salute presso gli operatori che intendono avviare progetti specifici in questo ambito.

La prima assemblea del Forum (nell'autunno 2002) è aperta a tutti gli enti, strutture e associazioni che si occupano di scuola e di salute pubblica, e si vuole dunque rappresentativa delle componenti della scuola e dei servizi specializzati che collaborano con essa, nonché delle associazioni e attori della società civile pertinenti. La composizione del Forum dovrà permettere in modo specifico di assicurare e promuovere la collaborazione tra i Dipartimenti direttamente (DECS

⁸ Da parte dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) e della Divisione della scuola del Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS).

⁹ *Un forum per la promozione della salute nella scuola*. Comunicato stampa, Bellinzona 22 agosto 2002. Dipartimento della sanità e della socialità (DSS), Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS).

e DSS) o potenzialmente interessati alla promozione della salute nella scuola. Inoltre, intende fornire un apporto qualificato su aspetti medico-sanitari, psicologici e relazionali che toccano in particolare la problematica delle dipendenze, dell'aggressività, dei disturbi alimentari, della violenza e abusi su minori e dei disagi comportamentali. Il Forum rappresenta principalmente un organismo partecipativo e consultivo, che interviene con funzioni analitiche, consultative, propositive e di verifica nel processo di formazione e realizzazione della promozione della salute nelle scuole ticinesi.

Si può osservare che a livello ticinese le riflessioni per un approccio concertato e globale sono attualmente in via di sviluppo. L'iniziativa del Forum mostra l'esistenza di una chiara volontà politica di riflessione e d'azione intersettoriale nell'ambito della promozione della salute nella scuola.

Dopo avere esaminato gli aspetti concettuali e le iniziative elaborate nei diversi contesti per avvicinare i concetti teorici della promozione della salute alla pratica dell'azione, nella parte finale di questo capitolo saranno presentate a titolo d'esempio alcune azioni di prevenzione e promozione della salute nelle scuole elementari¹⁰, in Svizzera e in altri paesi.

2.6 ESEMPI D'AZIONI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE SCUOLE ELEMENTARI

2.6.1 GINEVRA

Il *Réseau RESPECT* rappresenta un'iniziativa concertata¹¹ e trasversale per lottare contro la violenza e l'esclusione (violenza verso gli altri, verso i beni comuni, verso sé stessi, consumo di sostanze diverse, comportamenti a rischio, suicidio). Tale iniziativa si fonda sull'idea di promozione della salute come definita dall'OMS. In effetti, ha come scopo dichiarato quello di migliorare il benessere fisico, psichico e sociale dei bambini e dei giovani offrendo un ambiente scolastico favorevole alla salute e al benessere. Ancora in via sperimentale, il progetto è attualmente applicato a tre scuole elementari (e anche ad alcune scuole medie e licei). Esso si basa su di un lavoro di rete dove collaborano diversi professionisti della vita scolastica, sanitaria e sociale, e comprende anche la partecipazione dei genitori ad alcune azioni (riunioni obbligatorie con i genitori per creare dei rapporti costruttivi tra scuola e famiglia, creazione di un dossier scuola-famiglia). Tra le azioni sviluppate nelle scuole elementari figurano le assemblee di classe e scolastiche (con attenzione alle dinamiche relazionali), la

¹⁰ La presentazione di azioni realizzate nelle scuole elementari ticinesi sarà effettuata nella parte dedicata all'analisi della ricerca.

¹¹ Sotto la responsabilità del Département de l'instruction publique di Ginevra, il progetto è coordinato dal Service de Santé de la Jeunesse (SSJ), e vede la partecipazione di diverse istanze tra le quali: Office de la jeunesse, Service médico-pédagogique, Police cantonale, Service de la recherche en éducation, Fondation genevoise pour l'animation socio-culturelle.

mediazione tra i pari o da parte d'adulti (comunicazione, risoluzione di conflitti senza perdenti), i regolamenti e contratti scolastici, le attività culturali, i dibattiti, i giornali scolastici. L'insieme del progetto è fondato sui diritti umani, sulla reciprocità e il rispetto mutuale tra adulti, bambini, e tra adulti e bambini. Gli obiettivi dichiarati sono quelli di migliorare la posizione sociale dei giovani promuovendo la loro partecipazione in spazi democratici basati sul rispetto, migliorare la qualità di vita a scuola attraverso un ambiente sociale e fisico favorevole ai comportamenti sani, sviluppare le capacità e le competenze sociali di ognuno per comunicare in modo migliore e per risolvere pacificamente i conflitti. Il progetto prevede inoltre dei corsi di formazione continua agli insegnanti sulla prevenzione della violenza e la promozione del rispetto.

2.6.2 CANADA

Dei progetti sviluppati in Canada nelle scuole elementari portano ugualmente sulla promozione d'atteggiamenti pacifici e di tolleranza, d'affermazione positiva di sé, di solidarietà e di rispetto, considerati come dei determinanti essenziali per la salute e il benessere. A titolo d'esempio possiamo citare: *Les camaraderies. La promotion de conduites pacifiques au primaire, une concertation école-famille-quartier* (Département de travail social, Hull-Québec); *Le projet pacifique* (Cap santé, Outaouais), che prevede una formazione ai bambini delle scuole elementari per agire come mediatori nella risoluzione dei conflitti interpersonali; *Agir à l'école contre la violence et le sexisme* (Direction de la santé publique, Montréal-Centre), che ha come obiettivo di promuovere a partire dalle scuole elementari gli atteggiamenti pacifici e l'uguaglianza. Sempre in Canada (Région de Longueuil), alcuni progetti prevedono la partecipazione diretta dei bambini delle scuole elementari ai progetti di prevenzione e promozione della salute (preparazione di progetti da parte dei bambini sulla salute e la sicurezza associata all'inverno; preparazione di un video dove i bambini stessi spiegano le regole di salute e di sicurezza a scuola).

2.6.3 FRANCIA

È stato lanciato nel 2001 il Programma nazionale *Nutrition Santé* che ha come obiettivo di migliorare la salute della popolazione agendo su uno dei principali determinanti della salute, l'alimentazione. In ambito educativo, la priorità è data all'educazione dei bambini delle scuole elementari (bisogni nutrizionali, educazione nutrizionale, educazione al gusto, nonché raccomandazioni per la ristorazione e la sicurezza degli alimenti a scuola). Nella Loira, è stato introdotto nel 2001 il programma *Prévention primaire des conduites addictives en milieu scolaire* (da parte di due reti di professionisti della prevenzione: CDPA e CODES), che si rivolge in modo specifico ai bambini tra 5 e 12 anni. L'obiettivo è quello di prevenire i comportamenti a rischio (dipendenze), permettendo agli insegnanti -attraverso una formazione adeguata- d'animare delle azioni atte a sviluppare nei bambini le competenze psico-sociali necessarie per far fronte agli

avvenimenti prevedibili e imprevedibili della loro esistenza (sapere, saper-fare, saper-essere; autonomia).

2.6.4 BELGIO

L'azione *À table les cartables* (lanciata dal Ministère de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé e dal Ministère de l'Enfance de la Communauté Française), si definisce come un'azione di promozione della salute rivolta ai bambini delle scuole elementari per permettere loro di operare delle scelte in ambito alimentare che favoriscono la salute e il benessere.

2.6.5 ITALIA

L'Azienda Sanitaria Locale di Milano ha varato una serie d'iniziative e progetti d'educazione sanitaria realizzati da diversi professionisti (medici, psicologi, nutrizionisti, infermiere, assistenti sociali) e da gruppi interdisciplinari. Riportiamo quelli che riguardano in particolare le scuole elementari: *Educazione alimentare e corretti stili di vita; Atteggiamenti, aspettative e comportamenti di un genitore* (che prevede anche la partecipazione dei genitori); *Igiene della persona; Incontri sul tema delle vaccinazioni*. L'Azienda Sanitaria Locale di Pavia ha avviato una serie di progetti educativi per i bambini delle scuole elementari che portano quasi essenzialmente sulla promozione d'abitudini alimentari corrette (*Progetto d'educazione al gusto; Progetto cereali; Progetto colazione; Progetto verdure; Progetto d'educazione alimentare*; tutti rivolti anche agli insegnanti e ai genitori), nonché il corso *Salute e la malattia dal punto di vista del bambino*. Altri corsi si rivolgono agli insegnanti delle scuole elementari, come ad esempio: *La salute come progetto trasversale; La scuola che promuove la salute; La rappresentazione di salute nel bambino; Prevenzione del disagio relazionale*.

Come si può osservare da questi esempi, le azioni di promozione e educazione alla salute per i bambini delle scuole elementari coprono delle tematiche diverse che comprendono: la pace, il rispetto, la prevenzione della violenza, la risoluzione dei conflitti, l'alimentazione, la prevenzione delle dipendenze, le vaccinazioni e l'igiene. Le strategie educative appaiono anch'esse diversificate: partecipazione diretta dei bambini ai progetti, educazione da parte degli insegnanti, educazione da parte di professionisti esterni alla scuola. Gli attori e gli iniziatori delle azioni provengono allo stesso modo da universi professionali diversi (medici, professionisti della prevenzione, del lavoro sociale, ecc.), e sono spesso organizzati in modo concertato e intersettoriale.

Dopo aver trattato i concetti, le iniziative nonché aver fornito alcuni esempi d'azioni di promozione della salute nella scuola elementare, nel prossimo capitolo abborderemo in modo specifico il ruolo della medicina scolastica, focalizzando l'attenzione sulla sua evoluzione (in particolare in Ticino).

3 IL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA

La riflessione critica che si è sviluppata nel mondo dell'educazione e della salute pubblica rispetto all'applicazione di programmi e azioni di promozione della salute nella scuola ha contribuito, con altri fattori, ad un riorientamento della medicina scolastica in Svizzera e in Ticino. Il sistema della medicina scolastica è stato dunque, negli ultimi anni, oggetto di ripensamento e di riforma con l'obiettivo di partecipare –insieme ad altri servizi o in modo a loro complementare- allo sviluppo d'azioni d'educazione e di promozione della salute in ambito scolastico. Il ruolo della medicina scolastica ha necessitato un cambiamento di direzione anche, e soprattutto, tenuto conto del fatto che essa è entrata nella scuola in un'epoca dove le malattie infettive (in particolare la tubercolosi) erano percepite come i principali problemi di salute pubblica. Lo *screening* delle malattie trasmissibili –compresi i controlli e il recupero delle vaccinazioni- e delle disabilità, erano allora l'obiettivo primario dell'operato della medicina scolastica. Queste misure di *screening* e di trattamento precoce permettevano d'offrire a tutti la copertura sanitaria necessaria. Oggi, la crescente densità medica e l'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie garantisce in principio a tutta la popolazione l'accesso a queste cure. La necessità di un nuovo orientamento della medicina scolastica, che possa rispondere in modo adeguato ai bisogni attuali della popolazione scolastica, è emersa in seguito a tre aspetti principali. In primo luogo, il medico scolastico identifica attualmente poche patologie che non siano già note al medico di famiglia o al pediatra. In secondo luogo, si diffonde sempre maggiormente la prevalenza, presso i bambini e i giovani, di una morbilità psico-sociale (obesità, anoressia, stress, incidenti, abusi sessuali, violenze, suicidi, ecc.) non sufficientemente presa a carico in ambito scolastico. Infine, l'entrata in vigore della LAMal nel 1996 ha avuto come conseguenza il fatto che uno dei pilastri della medicina scolastica (le vaccinazioni) è passato nelle mani della medicina ambulatoriale extrascolastica. Quest'aspetto ha dato uno stimolo finale per realizzare una riforma delle finalità e dell'organizzazione della medicina scolastica in tutti i cantoni svizzeri. Il riorientamento della medicina scolastica è oramai una realtà in tutti i cantoni svizzeri, quindi anche in Ticino.

In questo capitolo tratteremo prima di tutto alcune riflessioni che sono state sviluppate per promuovere in Svizzera un nuovo orientamento della medicina scolastica. Esamineremo in seguito la riforma del Servizio di medicina scolastica in Ticino, nonché le principali azioni realizzate dal Servizio nell'ambito della scuola elementare dopo la sua riforma.

3.1 RIFLESSIONI PER L'EVOLUZIONE VERSO UN SERVIZIO DI SALUTE SCOLASTICA

In un contesto che vede lo sviluppo di raccomandazioni e iniziative volte a rendere la scuola un luogo privilegiato per l'educazione e la promozione della salute, il vecchio modello della medicina scolastica composto da medici a tempo parziale, esterni alla scuola, che effettuano delle visite mediche periodiche, si è rivelato all'evidenza sorpassato. Per adeguarsi ai bisogni attuali, i medici scolastici sono chiamati in primo luogo a spostare l'accento dall'attività prevalentemente curativa e riparatrice della salute fisica (*screening* delle malattie trasmissibili, vaccinazioni, misure biometriche) a quella preventiva, oltre che d'educazione e promozione della salute. Il diffondersi presso i bambini e i giovani di problemi di natura psico-sociale o di disagio richiede un intervento diverso in ambito scolastico, dove il modello bio-medicale deve cedere il passo ad un approccio di tipo bio-psyco-sociale, centrato sulla salute e il benessere del bambino e del giovane. L'organizzazione della medicina scolastica "vecchia maniera" ha subito dunque una riforma radicale, e il ruolo del medico scolastico è stato chiamato ad evolvere per affrontare i bisogni attuali. La trasformazione della medicina scolastica ha implicato, in effetti, una nuova filosofia e un nuovo modo di pensare la salute a scuola.

Le riflessioni che presenteremo ora, e che concernono gli obiettivi, l'organizzazione e le attività ritenuti ottimali per l'evoluzione verso un servizio di salute scolastica, sono state avanzate da Baierlé (1997; 2001). Secondo Baierlé, Medico cantonale del Canton Giura, l'obiettivo generale di un servizio di salute scolastica dovrebbe essere quello di proteggere e promuovere la salute dei bambini e degli adolescenti attraverso un intervento atto a diagnosticare precocemente le difficoltà d'ordine psico-sociale e i disturbi dello sviluppo psico-affettivo/psicomotore. I problemi di carattere somatico, essendo in principio identificati e trattati dal medico di famiglia o dal pediatra, non sono ritenuti come un compito del servizio, anche se è necessaria l'attenzione ai casi degli allievi più svantaggiati (meno seguiti dal medico). Tra gli obiettivi di carattere più specifico, possono essere citati:

- Definire, in collaborazione con la direzione della scuola e i principali attori coinvolti, una **politica di salute** nell'istituto.
- Contribuire a creare un **ambiente scolastico** favorevole alla salute.
- Offrire ad ogni allievo la possibilità di:
- ricevere **un'informazione** (*sapere*) adeguata sui problemi di salute che lo riguardano o che potranno riguardarlo e sulla loro prevenzione
- acquisire delle **competenze personali** (*saper-fare, saper-essere, empowerment*) che permettano di meglio affrontare le situazioni a rischio, i conflitti, le pressioni (dei pari, del gruppo, dei media), sviluppare delle capacità di discernimento e la scoperta dei propri potenziali; acquisire l'autonomia
- domandare e ricevere un **aiuto individuale**, dei consigli per risolvere un problema specifico (relazione d'aiuto, ascolto attivo, mediazione)

- Sensibilizzare il **personale della scuola** alle azioni, informarlo, ottenere il loro consenso e, se possibile, associarlo.

Per raggiungere tali obiettivi, dei mezzi adeguati devono essere messi in atto, ad esempio:

- Designare e **formare degli insegnanti** per assumere il ruolo di mediatori, d'animatori della salute, attribuendo loro un mandato chiaro con un riconoscimento ufficiale del loro ruolo, e una diminuzione adeguata del tempo d'insegnamento.
- Mettere in atto delle condizioni che permettano la creazione di un **gruppo interdisciplinare** di promozione della salute, con un lavoro di rete, all'interno e all'esterno della scuola.
- Mettere a disposizione delle **strutture** adeguate (locali, Forum della salute)

In tale modo, potrebbe essere creata una vera équipe di professionisti nella scuola, che dovrebbe includere idealmente: medico e infermiera scolastici, mediatori-animatori nel campo della salute, psicologi scolastici, animatori esterni specialisti in dipendenze, educazione sessuale, aids, educazione al traffico, ecc. La creazione di tale équipe favorirebbe il lavoro e la concertazione interdisciplinare oltre che il lavoro di rete (altre scuole, attori esterni). L'introduzione della figura dell'infermiera scolastica (con una formazione in salute pubblica) è considerata estremamente importante. L'infermiera dovrebbe essere presente a scuola (anche a tempo molto parziale) e disponibile per gli allievi (informazione, ascolto), animare la rete e partecipare alle attività di prevenzione, d'educazione e promozione della salute. Il ruolo del medico scolastico (che idealmente dovrebbe avere delle conoscenze in pediatria, psicologia, pedagogia e in comunicazione) è ridefinito grazie all'introduzione di questa nuova figura. Egli interviene oramai in secondo piano, si occupa della supervisione del lavoro dell'infermiera, mentre mantiene un ruolo fondamentale nella valutazione e nell'accompagnamento dei casi che gli sono segnalati. Il suo lavoro si centra sugli allievi in difficoltà, garantendo il contatto con il sistema curativo, assumendo la responsabilità e la coordinazione medica dell'intero sistema.

Il ruolo del medico scolastico sarebbe inoltre di presidiare e animare un forum di salute scolastica, inteso come luogo di scambio e di coordinazione del programma. In tale contesto verrebbe elaborata la politica di salute scolastica per l'istituto, assicurato il funzionamento della rete e garantita la dimensione interdisciplinare dell'approccio. Il forum dovrebbe essere idealmente composto da tre tipi di membri: l'équipe di terreno (il medico scolastico, l'infermiera scolastica e un mediatore); i membri permanenti (direttore, insegnanti, psicologo scolastico, rappresentanti di genitori e degli allievi); i membri invitati (esperti delle dipendenze, insegnanti d'educazione sessuale, dietiste, poliziotti, operatori sociali e sanitari), che partecipano alle sedute in funzione delle tematiche e dei progetti da elaborare. Il forum rappresenta in questo senso l'organismo che si occupa di pianificare, organizzare e coordinare le azioni nell'ambito dell'educazione e promozione della salute.

Visto che il lavoro di promozione della salute è considerato come un lavoro d'équipe, è necessario che tutti gli attori siano familiarizzati con i concetti d'interdisciplinarietà e lavoro di rete. Il medico scolastico, ma soprattutto

l'infermiera, dovrebbero essere integrati al funzionamento e alla vita della scuola, partecipando ad alcune riunioni in ambito scolastico. Si insiste inoltre sul coinvolgimento dei genitori e degli insegnanti nelle attività previste (informazione regolare per associarli alla riflessione e ai programmi). Gli insegnanti dovrebbero essere sensibilizzati per diagnosticare i casi problematici, già nella formazione di base, che dovrebbe comprendere una riflessione sulla promozione della salute. Gli insegnanti interessati avrebbero inoltre la possibilità di assumere un ruolo più attivo nel programma (mediazione, animazione nel campo della salute), attraverso una formazione adeguata. Degli specialisti esterni sono inoltre previsti per intervenire nella scuola (animatrici d'educazione sessuale, prevenzione stradale, prevenzione delle dipendenze, ecc.), ma sempre in collaborazione con gli insegnanti, inserendosi il più possibile nel programma scolastico.

L'evoluzione verso un tale sistema di salute scolastica, che si basa su di un approccio bio-psico-sociale e di collaborazione interdisciplinare, richiede un cambiamento considerevole d'orientamento, di filosofia e di definizione dei ruoli rispettivi, nonché di finanziamenti adeguati. La riforma della medicina scolastica verso un servizio di salute scolastica -organizzato secondo un approccio simile a quello presentato oppure adeguato alle particolarità cantonali- passa forzatamente attraverso un periodo di transizione, di riorganizzazione e d'adattamento, com'è attualmente il caso del Cantone Ticino. Esaminiamo ora le principali caratteristiche di tale evoluzione nel contesto ticinese.

3.2 L'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA SCOLASTICA: IL CASO DEL TICINO

In Ticino, le riflessioni sul riorientamento della medicina scolastica, iniziate verso l'inizio degli anni '90, sono state motivate dagli stessi fattori sopra elencati (presa a carico da parte del medico di famiglia o del pediatra delle vaccinazioni e dei problemi di natura somatica, diffusione di morbilità psico-sociale presso i bambini e i giovani). Oltre a ciò, in Ticino la Legge sanitaria del 18 aprile 1989¹² ha stabilito che l'educazione alla salute deve essere integrata nella formazione prescolastica e scolastica, e che il medico scolastico deve collaborare alla messa in opera della prevenzione primaria. In Ticino, le attività del medico scolastico, dall'inizio del 20° secolo, si sono limitate quasi unicamente agli aspetti "riparatori" della salute fisica. Si è dunque reso necessario un cambiamento sostanziale dell'organizzazione della medicina scolastica, avente gli stessi obiettivi che quelli proposti dalla Società di Medicina Sociale e Preventiva nel concetto 1986 "Gli obiettivi della promozione della salute e della prevenzione in Svizzera durante l'infanzia (1-14 anni)"¹³. In tale ambito, il medico scolastico deve oramai

¹² Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989. DOS. Cantone Ticino

¹³ *Société suisse de médecine sociale et préventive*. Promotion de la santé et prévention en Suisse, Concept 1986. Sozial- und Präventivmedizin. 1986, 13-16.

Tra gli obiettivi ricercati, sono distinti quattro settori principali:

possedere delle competenze specifiche per i problemi di salute scolastica, essere formato in medicina preventiva, avere un'esperienza in medicina somatica e psicosomatica, ed essere interessato alla sfera sociale.

Ma è in modo particolare uno studio di Barazzoni (1993), allora medico cantonale aggiunto, che ha permesso lo stimolo decisivo alla riforma della medicina scolastica ticinese, evidenziando la discrepanza tra i bisogni (allora attuali) di salute scolastica nelle scuole elementari e la risposta fornita dall'attività del medico scolastico "vecchia maniera".

3.2.1 LO STUDIO DI BARAZZONI

Partendo dalle premesse sopra elencate, lo scopo di questo studio è stato d'identificare i problemi e i bisogni di salute scolastica (bio-psico-sociali) degli allievi tra i 6 e gli 11 anni (scuola elementare) non soddisfatti nell'ambito della medicina scolastica, fissando, per i tre problemi più importanti, gli obiettivi intermedi nonché le attività da intraprendere. L'identificazione dei problemi e dei bisogni di salute scolastica di questa fascia d'età è stata condotta con l'ausilio di indicatori sanitari (per estrapolazione, utilizzando i dati del Servizio medico scolastico di Losanna) e secondo metodi (Tecnica di Delphi, Gruppo nominale, Tecnica di brainstorming) che permettono la ricerca di consenso tra i partner¹⁴ che intervengono nel settore della scuola elementare. I risultati hanno permesso di mettere in evidenza i 12 problemi¹⁵ più importanti, secondo che si tratti di problemi di salute, di servizi e/o di struttura.

1. Promozione dello sviluppo corporeo e mentale
 - Promozione di un'alimentazione sana ed equilibrata.
 - Sviluppo d'atteggiamenti favorevoli alla vita sociale, alla capacità di gestire le relazioni e i conflitti.
 - Prevenzione dei maltrattamenti corporei o psichici e mancanza di cure ai bambini attraverso una preparazione e un sostegno ai genitori.
 - Sorveglianza dello sviluppo corporeo e mentale, *screening* precoce delle perturbazioni da parte dei servizi di medicina scolastica e medico-pedagogici.
 - Promozione dell'autonomia del bambino, responsabilizzazione rispetto alla salute e all'ambiente.
 - Adattamento dei programmi d'insegnamento delle esigenze della vita scolastica nella finalità di migliorare il benessere fisico e psichico dei bambini.
2. Diminuzione degli incidenti e dei traumatismi.
3. Protezione contro le malattie infettive.
4. Miglioramento della salute dentaria.

¹⁴ I gruppi consultati sono stati:

- La commissione per l'aggiornamento della medicina del collegio dei medici scolastici e delegati.
- I rappresentanti dell'associazione dei pediatri della Svizzera italiana.
- I rappresentanti dei docenti della scuola elementare.
- Il comitato di un'associazione di genitori di allievi che frequentano la scuola elementare.

¹⁵ I dodici problemi più importanti sono:

1. Promuovere l'educazione ad un'alimentazione sana, in accordo con il bioritmo del bambino (problema di salute).
2. Prevenzione primaria e secondaria dell'obesità (problema di struttura).
3. Prevenzione primaria e secondaria degli incidenti scolastici ed extra-scolastici (problema di salute e di struttura).
4. Prevenzione primaria e secondaria dei maltrattamenti e degli abusi sessuali (problema di salute).

I problemi principali ottenuti sono stati in seguito ordinati in funzione della loro priorità. I tre problemi prioritari emersi, gli obiettivi generali e intermedi nonché alcuni esempi d'attività proposte sono:

1. La prevenzione primaria e secondaria dell'obesità (problema di salute).

- Obiettivo generale: ridurre di metà entro l'anno 2000 l'obesità negli allievi delle scuole elementari
- Obiettivi intermedi: promuovere la prevenzione primaria e secondaria dell'obesità.
- Esempi di attività: elaborare un programma di formazione dei docenti, allievi e genitori sull'alimentazione sana; "piatto della salute" nelle mense; garantire un'assistenza medico-psicologica ai genitori di allievi obesi; programmi d'attività fisica per i bambini obesi

2. La migliore conoscenza del ruolo del MS da parte dell'allievo, del docente e della famiglia (problema di servizio).

- Obiettivo generale: entro l'anno 1996 i docenti, genitori e allievi devono conoscere il ruolo del MS.
- Obiettivi intermedi: migliorare l'informazione dei docenti, genitori e allievi sui compiti del MS; migliorare la presenza e la disponibilità del MS nei confronti dei docenti, genitori e allievi.
- Esempi d'attività: organizzare sedute d'informazione sul ruolo, compiti e doveri del MS, nonché sui suoi programmi d'attività all'inizio dell'anno scolastico, per docenti, allievi e genitori; diminuire i compiti amministrativi del MS; stabilire un giorno e un'ora fissa di presenza del MS in seno all'istituto.

3. La prevenzione primaria degli incidenti scolastici ed extra-scolastici (problema di salute e di struttura).

- Obiettivo generale: entro l'anno 2000 la morbilità degli incidenti degli allievi delle scuole elementari deve essere ridotta della metà.
- Obiettivi intermedi: promuovere la prevenzione primaria degli incidenti scolastici e extrascolastici.
- Esempi d'attività: elaborare un programma di formazione dei docenti e degli allievi sui rischi e sulla prevenzione degli incidenti in ambito scolastico; eliminare i rischi legati alla struttura dell'edificio; elaborare e mettere in opera un programma d'interventi per ridurre le aggressioni a scuola; identificare e comunicare ai docenti, parenti e allievi percorsi sicuri per spostarsi a piedi o in bicicletta.

5. Promuovere i comportamenti che permettono di sviluppare un'immagine positiva di sé quale prevenzione delle dipendenze (problema di salute).

6. Promuovere il ruolo del Medico Scolastico (MS) quale promotore e consulente della prevenzione primaria per l'allievo, il docente e la famiglia (problema di servizio).

7. Promuovere il ruolo del MS in quanto collegamento tra il medico e la famiglia, il pediatra e il docente per le difficoltà scolastiche dell'allievo (problema di servizio).

8. Promuovere il ruolo del MS quale medico di fiducia della scuola nonché consulente per i genitori e docenti (problema di servizio).

9. Migliorare la competenza e la disponibilità del MS per i problemi psico-sociali attuali degli allievi (problema di servizio).

10. Migliorare la collaborazione con i servizi che intervengono nella scuola nell'ambito della salute (problema di servizio).

11. Il ruolo del MS dovrebbe essere meglio conosciuto dall'allievo, dal docente e dalla famiglia (problema di servizio).

12. Il MS dovrebbe avere una formazione adeguata in salute scolastica ed una base pedagogica e didattica sufficiente (problema di servizio).

I problemi prioritari identificati, gli obiettivi e le attività proposte per rispondere alle esigenze riscontrate, hanno messo in evidenza in modo chiaro l'incoerenza tra l'attività dei medici scolastici al momento dello studio e i bisogni dei bambini della scuola elementare. Lo studio di Barazzoni ha dunque sottolineato la necessità di un cambiamento sostanziale del ruolo e dei compiti del medico scolastico, che deve evolvere nel senso di promotore e consulente della prevenzione primaria nella scuola, medico di fiducia per il docente, l'allievo ed i genitori.

Tale modifica implica secondo Barazzoni anche una trasformazione dell'organizzazione della medicina scolastica cantonale. In particolare, è stata proposta: la creazione di una Commissione cantonale di salute scolastica pluridisciplinare e interdipartimentale (DSS-DECS) che fissi gli obiettivi e le priorità di salute scolastica; la riduzione del numero dei circondari attribuiti ai medici scolastici adattandoli al modello della scuola elementare (da 74 a 9 circondari); la creazione di un collegio di medici scolastici responsabili dei 9 circondari (sul modello del collegio degli ispettori scolastici). Per concludere, è stata considerata necessaria la messa in opera di una formazione di base e continua dei medici scolastici, anche vista la necessità auspicata da tutti i gruppi consultati di concepire l'attività del medico scolastico come quella di uno specialista in salute scolastica (secondo il modello americano di "school officer").

3.2.2 LA RIFORMA

L'attuale Servizio di medicina scolastica è nato il 28 settembre 1998 dopo un periodo di riforma (dal 1994 al 1998), che ha posto le basi per l'attuale Servizio. Traceremo in questa parte gli aspetti più rilevanti della riforma e le sue principali conseguenze a livello d'evoluzione concettuale, d'indirizzi operativi e di struttura.

In seguito allo studio di Barazzoni, come riportato nel rapporto del settembre 1998 sulla riforma della medicina scolastica¹⁶, nel febbraio 1994 il Consiglio di Stato ticinese istituisce un gruppo di lavoro presieduto dal Medico cantonale allo scopo di formulare delle proposte per il riorientamento della medicina scolastica. Nel marzo 1995, sono presentate in un rapporto le conclusioni del gruppo, che confermano l'esigenza di un cambiamento concettuale del servizio. Tale cambiamento prevede in particolare di spostare l'accento su delle attività d'educazione alla salute e di prevenzione primaria individuale. Tuttavia, considerato soprattutto che la nuova struttura avrebbe comportato un aumento dei costi (di circa un terzo; da 600'000 a 900'000 Fr.), non si raggiunge nel gruppo di lavoro l'unanimità dei consensi. La minoranza in disaccordo ha raccolto in un rapporto le ragioni del dissenso. In seguito alla messa in consultazione dei due rapporti da parte del Consiglio di Stato, nell'aprile 1996 emerge in particolare: (1) l'adesione generale alla nuova impostazione concettuale, che

¹⁶ Cassis I, Guidotti F, Macchi S, Giambonini S. *La riforma della Medicina scolastica*. Il rapporto Settembre 1998. Da un'opera di medicina scolastica a un servizio di salute scolastica. Ufficio del medico cantonale, Ufficio di sanità, Collegio dei medici delegati e scolastici, Dipartimento delle opere sociali, Ordine dei medici del cantone Ticino.

metta maggiormente l'accento sull'educazione e la prevenzione; (2) il rifiuto della struttura organizzativa gerarchica proposta, ritenuta troppo complicata e dispendiosa. In base a questi risultati e alle misure di risparmio decise dal Consiglio di Stato nel marzo 1997, che toccano da vicino vari ambiti della sanità scolastica (medicina scolastica, medicina dentaria scolastica e ginnastica correttiva), nel maggio 1997 il Medico cantonale e l'Ufficio di sanità sono incaricati di realizzare le misure di risparmio necessarie, e nello stesso tempo di condurre a termine la riforma del servizio, perseguendo gli obiettivi stabiliti. La fase conclusiva della riforma viene elaborata in seguito ad una riunione avvenuta nel giugno 1998 (servizi del Dipartimento delle opere sociali, Divisione della scuola e il Presidente del Collegio), che stabilisce le impostazioni riassunte qui sotto.

Gli indirizzi concettuali generali si riferiscono all'impostazione della Carta d'Ottawa sulla promozione della salute, ed in modo particolare alle riflessioni dell'OMS sulla promozione della salute nella scuola (vedasi anche la consultazione dell'OMS, UNICEF e UNESCO del 1991). Per quel che concerne gli orientamenti più specifici, il servizio di medicina scolastica prevede di agire soprattutto a livello delle morbidità psico-sociali – per le quali esiste un bisogno documentato in ambito scolastico - considerato anche il fatto che i problemi somatici sono assunti dalla medicina ambulatoriale extra-scolastica, lo screening dei disturbi dell'udito e della vista è assicurato dal Servizio ortottico e audiometrico, e i ritardi di crescita sono di competenza del Servizio del sostegno pedagogico. Si prevede inoltre d'intervenire in modo più marcato a livello dell'educazione alla salute. Alcuni settori d'educazione alla salute attualmente competono ad altri servizi¹⁷, con i quali si ritiene però necessario migliorare il coordinamento. Tuttavia, è rilevato che altri importanti settori educativi in ambito sanitario non sono coperti. Tra questi, figurano in particolare: l'educazione alimentare, l'educazione alla gestione responsabile della propria salute, la prevenzione degli incidenti, la prevenzione delle dipendenze, la formazione di mediatori/moltiplicatori. L'azione preventiva del medico scolastico deve situarsi ad entrambi i livelli d'intervento preventivo collettivo (opuscoli, sussidi didattici, ecc.) e d'intervento individualizzato, talora quale attore, talora quale consulente.

Gli indirizzi operativi della riforma hanno previsto i seguenti cambiamenti delle attività regolari e pianificate: l'abolizione della visita approfondita al primo anno di scuola dell'infanzia, l'abolizione del test tubercolino generalizzato, l'abolizione dei controlli profilattici per la frequenza delle palestre e piscine (e ispezione dei piedi da parte dei docenti di educazione fisica). Tali cambiamenti hanno

¹⁷ I seguenti settori d'educazione alla salute sono assicurati nelle scuole ticinesi dai servizi corrispondenti:

- Educazione alla postura e al portamento: Servizio di ginnastica correttiva.
- Educazione all'esercizio fisico: docenti di ginnastica.
- Educazione sessuale: docenti di scienze e coordinamento tramite commissione interdipartimentale DSS-DECS.
- Educazione all'igiene orale: Servizio di medicina dentaria scolastica.
- Educazione alla circolazione stradale: docenti con agenti di polizia

permesso di realizzare i risparmi finanziari necessari. I medici scolastici rimangono disponibili per delle attività impreviste che possono necessitare il suo intervento in ambito scolastico (es. epidemie). La riforma prevede dunque di passare da un sistema istituzionalizzato, con ampia copertura del territorio e offerta di prestazioni di medicina individuale (esami profilattici, esami delle tubercoline, delle vaccinazioni, ecc.), ad un sistema più autonomo, con un approccio di salute pubblica, dove un effettivo numericamente ridotto e meglio preparato dovrà intervenire in modo più marcato a livello preventivo, educativo ed epidemiologico.

Tuttavia, i medici motivati e formati specificamente per il lavoro preventivo in ambito scolastico, interessati ai disagi di natura psico-sociale e competenti a livello di salute pubblica (valutare situazioni dal profilo epidemiologico, conoscere i principi di promozione della salute, ecc.) non sono numerosi in Ticino. La formazione in pediatria appare come la più adeguata¹⁸ ai bisogni della scuola, anche perché i pediatri rivendicano da alcuni anni in Svizzera un ruolo più attivo a livello di prevenzione e educazione alla salute. Il nuovo indirizzo necessita però una prospettiva differente da quella del medico che agisce a livello individuale. Il medico scolastico deve operare in un'ottica collettiva, di salute pubblica o di *santé communautaire*, nonché in modo interdisciplinare. Anche la necessità di maggior sinergia con gli operatori degli altri servizi comporta un notevole cambio di registro culturale, e la creazione di un linguaggio e d'obiettivi comuni che vadano oltre le barriere territoriali. È dunque necessario che il Servizio fornisca ai medici scolastici i mezzi necessari (formazione, risorse umane e finanziarie) per agire in questo senso. A questo proposito, è stata decisa l'assunzione di un'infermiera in salute pubblica, chiamata ad operare al fianco del Medico cantonale e del Collegio dei medici scolastici. L'infermiera rappresenta la figura incaricata di coordinare gli interventi, sviluppare e proporre azioni concertate, facilitare i contatti, documentare i medici scolastici e sostenerli nei loro progetti locali.

La riforma ha comportato delle modifiche sostanziali anche dal profilo strutturale. Il territorio cantonale è stato suddiviso in nove circondari, corrispondenti a quelli delle scuole elementari, e per ogni circondario sono stati designati due medici scolastici (ed eccezione del circondario di Lugano che ne ha tre). Sono stati dunque incaricati 19 nuovi medici scolastici (per il periodo di un quadriennio previo concorso pubblico), dando la preferenza agli specialisti FMH in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza. I medici scolastici, diretti e coordinati dal Medico Cantonale, formano un Collegio, presieduto da uno di loro. Il Medico Cantonale si avvale della collaborazione dell'infermiera per coordinare e sostenere operativamente lo svolgimento dei compiti dei medici scolastici.

¹⁸ Anche se si ritiene a questo proposito che esistono nel Cantone anche altri specialisti che possono assumere questi compiti.

Un'attività di formazione è prevista¹⁹ per i primi anni, considerato che i nuovi compiti del medico scolastico non rientrano nell'usuale pratica clinica individuale, allo scopo di creare una cultura di salute scolastica. Finalmente, un ulteriore aspetto innovativo della riforma è la possibilità di realizzare dei progetti di ricerca e d'azione regionali e limitati nel tempo. Quest'innovazione dovrebbe portare a rinnovare l'impegno dei medici scolastici e ad ottimizzare i loro interventi rendendoli più conformi alle esigenze attuali. È necessaria a tale fine una conoscenza adeguata dei problemi di salute nella scuola e una sinergia tra prevenzione pubblica e privata, nonché un avvicinamento del medico scolastico alla realtà della scuola. Affinché la riforma del Servizio possa raggiungere gli obiettivi prestabiliti, è richiesto dunque un approccio concertato che sappia oltrepassare le barriere territoriali.

3.2.3 AZIONI DEL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA

Dopo la riforma, le attività di prevenzione svolte a livello del Servizio, dunque che hanno coinvolto tutti i medici scolastici, sono state essenzialmente due, la campagna di vaccinazione contro l'epatite B nella scuola media (anno scolastico 1999/2000) e la formazione, in tutte le sedi scolastiche, sui primi soccorsi e sulla gestione della cassetta farmacia a scuola (vedi anche l'opuscolo "Primi soccorsi a scuola"). La maggior parte degli sforzi del Servizio sono stati focalizzati in particolare sulla campagna di vaccinazione contro l'epatite B, dunque sono stati esercitati principalmente nelle scuole medie. La campagna in effetti ha rappresentato un intervento preventivo e strategico importante (azione di marketing, opera d'informazione e di convincimento, presentazione della campagna ai mass-media), che ha coinvolto un vasto numero di operatori scolastici e sanitari. L'obiettivo principale della campagna è stato quello d'ottenere, entro un anno, un tasso minimo di copertura vaccinale del 70% nella popolazione cantonale tra gli 11 e i 15 anni. La pianificazione della campagna è iniziata nel mese di marzo 1999, mentre la sua realizzazione nel settembre 1999. La strategia della campagna è stata basata in modo particolare sull'opera d'informazione e di convincimento, sia della popolazione sia delle persone direttamente coinvolte (docenti, medici di famiglia, adolescenti, genitori). Il Servizio di medicina scolastica ha elaborato e condotto l'azione di marketing attraverso la definizione del pubblico mirato, attraverso la preparazione dei sussidi informativi necessari (gadget, poster, opuscoli, inserzioni) e la presentazione della campagna ai mass-media (televisioni, giornali) e nelle scuole. Gli allievi della scuola media hanno rappresentato il principale pubblico bersaglio dell'azione (circa 12'000 giovani tra gli 11 e 15 anni). Le informazioni dettagliate (verbali e scritte), inoltrate dai medici scolastici ai docenti, hanno permesso a questi ultimi d'assumere un ruolo di moltiplicatori dell'azione. Inoltre, tutte le sedi scolastiche hanno beneficiato di una riunione con il medico scolastico, allo scopo

¹⁹ Vedi il corso di formazione per i medici scolastici del 14 marzo 2002 'Quale identità per il medico scolastico?' che ha portato sulla presentazione dei Servizi di salute scolastica dei Cantoni Giura, Ginevra e Zurigo.

di discutere dell'azione e dei dubbi legati ai presunti effetti collaterali del vaccino. I medici di famiglia hanno eseguito l'atto pratico della vaccinazione, mentre i farmacisti hanno provveduto alla vendita al dettaglio del vaccino direttamente al medico curante (ad un costo contenuto).

Oltre a queste due attività di prevenzione, il Servizio ha elaborato delle linee-guida sulla salute da diffondere nelle scuole (in particolare, epidemie di pidocchi e meningite). Altre azioni sono state eseguite per iniziativa dei singoli medici scolastici. Quelle che concernono la scuola elementare saranno presentate nella parte dedicata all'analisi.

Dopo aver introdotto le due tematiche sotto esame, la promozione della salute nella scuola e il ruolo del Servizio di medicina scolastica, nella prossima parte sarà presentata la ricerca e l'analisi dei risultati.

4 LA RICERCA

4.1 OBIETTIVI

La definizione di una politica di promozione della salute nella scuola richiede, come sottolineato a più riprese, un approccio concertato che tenga conto dei punti di vista e dei bisogni dei diversi attori coinvolti, affinché essi possano partecipare alla definizione degli orientamenti, delle attività da realizzare nonché dei ruoli e dei compiti di ciascuno. In tale ottica, e tenuto conto della recente trasformazione del Servizio di medicina scolastica, questa ricerca ha come obiettivo quello di *partecipare a definire la problematica della promozione della salute nell'ambito specifico della scuola elementare, e in modo particolare il ruolo che il medico scolastico è chiamato ad occupare in tale contesto.*

In primo luogo abbiamo proceduto a sondare l'opinione dell'insieme degli attori pertinenti rispetto alla tematica della promozione della salute nella scuola elementare, con lo scopo d'esaminare:

- La definizione della promozione della salute nella scuola elementare proposta dai diversi attori nonché le attività prioritarie da sviluppare in tale ambito.
- Le attività svolte negli ultimi tempi (sia dal medico scolastico, sia da altri professionisti).
- I bisogni, i problemi di salute e le fragilità considerati prioritari.

In secondo luogo, abbiamo sondato l'opinione degli attori pertinenti in merito al ruolo del medico scolastico nella scuola elementare per analizzare i seguenti aspetti:

- La percezione del suo ruolo attuale rispetto a quello tenuto nel passato.
- Le aspettative nei riguardi del suo operato.
- Le opinioni rispetto alla creazione di un corso d'educazione alla salute per i bambini, e al ruolo specifico del medico scolastico.

Tale approccio consultativo permette di considerare e paragonare le opinioni dei diversi attori rispetto alle problematiche sotto esame, e individuare gli aspetti di convergenza e di divergenza necessari al processo di concertazione. Ma soprattutto, quest'analisi deve permettere d'evidenziare -grazie all'individuazione delle azioni educative considerate importanti per i bambini delle scuole elementari e dei loro problemi e bisogni prioritari- i compiti specifici del medico scolastico, esaminando come il medico scolastico può orientare nel futuro il suo operato, con quali attori intervenire, nonché le modalità di tale intervento. L'analisi dovrà inoltre contribuire a rilevare se esistono degli ostacoli -e in tal caso individuare quali sono- al processo di trasformazione del suo ruolo, proponendo delle strategie che possano contribuire a superarli.

4.2 METODOLOGIA

In questa ricerca è stata privilegiata la metodologia dell'intervista qualitativa semi-strutturata, dove dopo aver presentato brevemente le finalità dello studio, le persone intervistate sono state invitate a rispondere ad una serie di domande aperte preparate in precedenza che riproducono le tematiche sopra menzionate. Il questionario (allegato 1) è stato suddiviso in due parti. Nella prima parte, sono state poste una serie di domande sulla definizione dell'educazione e della promozione della salute per i bambini delle scuole elementari (la sua definizione e le azioni prioritarie che dovrebbero caratterizzarla; le principali azioni realizzate; i bisogni più rilevanti nell'ambito della salute e dell'educazione alla salute; i problemi di salute e le fragilità più importanti). Nella seconda parte, le persone intervistate hanno risposto ad una serie di domande sul ruolo del medico scolastico nell'educazione e nella promozione della salute per i bambini delle scuole elementari (la percezione del suo ruolo attuale rispetto al passato; quale dovrebbe essere idealmente il suo ruolo e quali sono gli attori da implicare nel suo operato; le opinioni rispetto alla creazione di un corso d'educazione alla salute per i bambini e al ruolo specifico del medico scolastico). Le interviste, durate approssimativamente un'ora e mezza, sono state registrate e trascritte per l'analisi.

4.2.1 POPOLAZIONE

Le persone intervistate (allegato 2) comprendono dei rappresentanti di professionisti e di servizi (del settore educativo e sanitario) pertinenti nell'ambito della promozione della salute nella scuola elementare, nonché due rappresentanti dei genitori (di cui un membro del Comitato cantonale dei genitori). Più in dettaglio, sono stati interrogati i seguenti attori:

- Medici scolastici: nove medici scolastici tra cui due membri del comitato, il Presidente del Collegio e il Presidente della Commissione per il Servizio dentario scolastico.
- Autorità scolastiche: Capo della Divisione Scuola, Direttore dell'Ufficio dell'insegnamento primario, Direttrice dell'educazione prescolastica.
- Ispettori delle scuole elementari: due ispettori del Sopraceneri; due ispettori del Sottoceneri.
- Insegnanti delle scuole elementari: quattro docenti del Sopraceneri; quattro docenti del Sottoceneri (segnalati dagli ispettori).
- Un direttore di scuola elementare del Sopraceneri.
- Capigruppo del Sostegno pedagogico: uno del Sopraceneri e uno del Sottoceneri.
- Ufficio dell'educazione fisica scolastica: Direttore dell'ufficio e due rappresentanti del Servizio di ginnastica correttiva.
- Ufficio dell'educazione speciale: responsabile del Servizio ortopedagogico itinerante.
- Servizio ortottico e audiometrico: responsabile.
- Radix: un rappresentante.

- Sezione sanitaria (DSS), Ufficio di valutazione e promozione sanitaria: un rappresentante.
- Due rappresentanti dei genitori.

Per esaminare e paragonare le opinioni dei diversi attori in funzione del loro ruolo all'interno della scuola elementare, abbiamo creato delle categorie rappresentative: autorità scolastiche, ispettori, docenti, servizi, esperti della prevenzione, genitori, medici scolastici.

4.2.2 ANALISI DELLE INTERVISTE

Le interviste sono state analizzate seguendo in parte la metodologia proposta dalla *grounded theory* (Glaser e Strauss 1967), che prevede di codificare i dati raccolti in diverse categorie permettendo di operare dei paragoni. L'analisi prevede una presentazione e un paragone tra le opinioni delle diverse categorie d'attori per evidenziare gli aspetti consensuali e le divergenze. L'analisi dei dati raccolti dalle interviste è stata suddivisa in due parti, secondo la sequenza adottata nel questionario. Le principali risposte saranno inoltre presentate in due tabelle riassuntive.

5 ANALISI EMPIRICA

5.1 L'EDUCAZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA ELEMENTARE

5.1.1 DEFINIZIONI E AZIONI PRIORITARIE

I rappresentanti delle **autorità scolastiche** insistono tutti sul fatto che si tratta di una filosofia, di un modo di essere, di un ambiente e di un'organizzazione scolastici favorevoli alla salute. Tali aspetti devono attraversare tutte le azioni e gli insegnamenti realizzati nella scuola. L'educazione e la promozione della salute vanno dunque intese secondo un'ottica globale, come *"un fil rouge nei programmi"*, dove la scuola deve essere *"oggetto e soggetto di salute"*. Due attori notano però che la scuola è anche fattore di stress e di disadattamento per l'allievo, a causa del sistema di valutazione e della densità del programma, e che dunque è necessario un ripensamento del sistema scolastico.

Tra le attività che appaiono prioritarie nell'ambito dell'educazione e della promozione della salute sono citate l'educazione alla multiculturalità, al rispetto di sé stessi e del proprio corpo, alla tolleranza, ma anche allo spirito critico, come lo evidenzia in particolare un attore:

"L'educazione del bambino ad essere critico, responsabile, non farsi influenzare, avere del distacco rispetto a quello che gli si propone, tutto questo supportato da una coerenza nel modo di comportarsi del docente rispetto al bambino."

Gli aspetti legati all'educazione all'alimentazione, all'igiene, sono considerati importanti ma meno prioritari rispetto all'ottica della promozione della salute in quanto benessere generale.

Anche tra gli **ispettori**, quasi tutti abbracciano una definizione ampia della "scuola-salute", intesa come un ambiente scolastico favorevole al benessere fisico, mentale e sociale. Come lo afferma quest'ispettore:

"Il discorso sulla salute è globale, non è più prevenire o curare ma star bene, come dei progetti che si portano avanti nelle scuole su come esprimere i propri sentimenti, gestire le relazioni con gli altri. Vedrei l'aspetto medico come una delle componenti ma non la principale in quest'ottica".

Uno di loro ritiene che solo se si fa passare un discorso globale con il docente, è possibile riallacciare la salute ai programmi che si fanno a scuola ed essere efficaci. Un altro attore sostiene a questo proposito che l'educazione alla salute non deve essere impartita con delle lezioni, ma essere integrata nell'insegnamento scolastico da parte del docente. Per un altro si possono anche inserire degli interventi di persone esterne, per esempio sull'alimentazione, ma il docente deve fare attenzione a che l'apporto esterno sia integrato in maniera coerente nel programma in corso. Il docente deve creare il senso di quello che si trasmette, far capire il perché è importante:

“Su questo costruisco un intervento più mirato: avere più autonomia, forza nel proporre le proprie idee, fiducia in sé stessi, cura del proprio corpo. Non andrei su di una singola attività per poi essere valutato, non serve a niente.”

Tra le azioni considerate importanti, figurano quelle per prevenire tutte le dipendenze, sviluppando la responsabilità e l'autonomia, il rispetto di sé stessi e degli altri, nonché far capire l'importanza di un'alimentazione sana e dell'igiene, senza però fare interventi allarmistici. Gli ispettori hanno dunque quasi tutti tendenza ad affermare che l'educazione e la promozione della salute sono compito del docente, e che devono essere inserite in modo trasversale nel contesto educativo del programma, anche se uno di loro non esclude la possibilità d'interventi esterni, ma sempre coerenti con quello che si sta trattando a scuola.

I **docenti**, tra i quali diversi notano che la salute va intesa come un approccio globale che tenga in conto sia gli aspetti fisici sia mentali, sono in gran parte dell'idea che l'educazione alla salute per i bambini di questa fascia d'età sia innanzitutto un compito della famiglia. La scuola può intervenire in parte ma quel che conta è l'ambiente familiare. L'importanza del legame tra scuola e famiglia è sottolineato in questo modo da un docente:

“Se leghiamo questo discorso alla scuola, non si può delegare tutto alla scuola ma ci vorrebbe una sinergia tra la famiglia e la scuola.”

Alcuni identificano dunque l'importanza di un'educazione della famiglia, soprattutto sull'alimentazione. L'alimentazione sana rappresenta l'aspetto che si rivela centrale per la maggior parte dei docenti in ambito educativo. È identificata da un docente anche l'importanza dell'educazione all'igiene, alla conoscenza del proprio corpo, nonché la profilassi dentaria. Alcuni docenti insistono sull'importanza degli aspetti relazionali, dello *“star bene insieme”*, nonché sull'importanza della discussione con i bambini. Come lo afferma questo docente:

“I bambini si aprono abbastanza, creare un buon dialogo e un rapporto di fiducia è importante, si accorgono che l'altro è disposto ad ascoltarli ed è importante che imparino ad esprimersi. Discutere in generale è importante. Creare in classe un ambiente favorevole alla discussione, ogni tipo di discussione, dare attenzione a sé e all'altro.”

Tra le azioni importanti, diversi docenti citano l'educazione ai docenti, ad esempio per delle tematiche come gli abusi e i maltrattamenti, che ha avuto effettivamente luogo negli ultimi tempi:

“Prevenire secondo me vuol dire prima di tutto prepararci noi come docenti a dover affrontare certe tematiche o problematiche, saperle riconoscere in certi bambini. Per esempio, abbiamo fatto dei corsi sul maltrattamento, sugli abusi sessuali e sugli abusi in generale. Quindi prevenire vuol dire essere formati e saper osservare i bambini.”

Per quel che concerne gli attori dei diversi **servizi** che intervengono nella scuola, i rappresentanti di un servizio notano che l'educazione e la promozione alla salute vanno intese tenendo in conto sia gli aspetti di carattere fisico e fisiologico (condizione fisica, forza, resistenza, igiene del corpo) sia di carattere psichico (sentire il proprio corpo, prevenire l'ansia, aspetti emozionali e relazionali, autostima). È identificata anche l'importanza d'essere critici nei riguardi delle

informazioni, l'importanza della collaborazione e del rispetto, aspetti che dovrebbero essere inseriti in modo trasversale in tutti gli insegnamenti della scuola. Tra le azioni importanti appare l'educazione al movimento. Gli aspetti rilevati da altri attori comprendono in particolare l'importanza dell'educazione ai docenti e alla famiglia per quel che concerne l'alimentazione e il sonno, nonché la comprensione dei ritmi del bambino. Come sottolineato da quest'attore:

"Per noi come servizio è importante che tale educazione venga fatta agli insegnanti, la vedrei legata a problemi attuali, ma estendendo anche ai genitori, sull'alimentazione, gli orari del sonno. Poi il problema è come raggiungere anche quelle famiglie che hanno più bisogno."

Per quel che concerne l'educazione rivolta ai bambini, è evocata sovente l'importanza di un'alimentazione sana. Un attore in particolare rileva l'importanza del discorso sulle malattie e la loro comprensione. Per alcuni, inoltre, la promozione della salute va intesa come un discorso di rete, dove è necessario che i diversi attori che intervengono nella scuola si parlino e collaborino tra loro.

Gli **esperti della prevenzione** insistono in generale su aspetti legati alla socializzazione, all'importanza di fare esperienze e di muoversi, dove scaturisce la necessità di agire su fattori ambientali e sociali che favoriscano l'autonomia, la collaborazione, l'autostima del bambino, ritenuti essenziali per il suo benessere psico-fisico. È ritenuto necessario agire anche sull'ambiente esterno alla scuola (riduzione del traffico, creare spazi per sperimentare e per muoversi).

In particolare, uno di loro pensa che l'educazione alla salute vada rivolta soprattutto ai genitori e agli insegnanti, mentre i bambini vanno sensibilizzati con altre strategie, ad esempio la gestione del rischio, la socializzazione, il giocare insieme, il confrontarsi con gli altri e la risoluzione dei conflitti:

"L'educazione e la prevenzione a questi livelli, più che essere concepita come una strategia d'intervento deve essere concepita come un ripensamento di quelle che sono le modalità di vita dei bambini all'interno del luogo in cui vivono, il quartiere, la scuola, i parchi gioco, che devono essere trasformabili dal bambino. (...) Le regole devono essere costruite dal bambino, dove c'è una negoziazione, una collaborazione, costruire dei giochi cooperativi e non sempre competitivi. (...) La prevenzione è che il bambino possa giocare con gli altri, toglierlo dal computer, dalla televisione."

I **genitori** intervistati sono d'accordo sull'importanza per i bambini di quest'età di un'educazione all'alimentazione, rivolta anche alle famiglie. Per un genitore, l'educazione all'alimentazione può essere abordata secondo l'idea globale della salute, del benessere, responsabilizzando i bambini alla propria salute e al proprio corpo, e cercando di agire sull'autostima.

"Attorno all'alimentazione c'è il ruolo sociale dei pasti, il ritmo della giornata, e poi cosa c'è nel piatto. Attorno a lei si può parlare di movimento, d'attività fisica, di televisione, di videogiochi. E questo è promozione e educazione alla salute."

Per quel che riguarda in modo specifico la definizione d'educazione e promozione della salute espressa dai **medici scolastici**, quasi tutti si riferiscono ad un concetto ampio di salute che ingloba sia gli aspetti fisici sia quelli mentali ed emotivi. Molti ritengono che sia necessario agire soprattutto sui docenti e sulla

famiglia più che sui bambini in modo diretto, anche se alcuni sono dell'idea che sia importante strutturare per i bambini degli interventi o un corso sull'educazione e la promozione della salute, avvalendosi del docente in quanto partner. Degli ostacoli sono però visti a questo livello, come identificato da questa testimonianza:

"E' chiaro che idealmente si potrebbe creare l'ora di prevenzione e educazione alla salute sin dalla prima, che deve essere gestita però da più persone competenti, formate appositamente per questo. Evidentemente qui ci scontriamo con il fatto che la scuola ha sempre meno ore da mettere a disposizione. E d'altra parte secondo la mia esperienza ci si scontra con l'eventuale insegnante e/o direttore che non è d'accordo."

Presso i medici scolastici, l'intervento medico diretto sui bambini non è dunque visto in modo consensuale. La maggior parte di loro dà più importanza ad un intervento diretto verso i docenti e i genitori, affinché possano a loro volta agire sui bambini. Tale intervento è visto da alcuni come un compito del medico scolastico, mentre diversi sostengono che sia necessario strutturarlo in collaborazione con altre figure pertinenti provenienti da altre professioni. Tra le tematiche prioritarie, un medico rileva l'importanza della prevenzione delle dipendenze, sensibilizzando i docenti e i genitori, ed eventualmente anche i bambini con un approccio ludico. In un altro caso, si considera necessario formare i docenti sulla crescita normale del bambino. In effetti, come afferma questo medico:

"Per me è importante l'educazione dei docenti all'educazione alla salute dei bambini. E gli aspetti principali: quello che si chiamava una volta l'igiene mentale e l'igiene del corpo. Noi dobbiamo in fondo insegnare la normalità dei bambini e della crescita del bambino. (...) È insegnare loro cosa è lo sviluppo normale del bambino e sapere quali sono i milestones dello sviluppo e della crescita del bambino. Questo è già un'acquisizione importante perché conoscendo bene la normalità poi sanno anche dov'è il patologico."

Emerge dunque l'importanza d'agire anche sui fattori mentali. Un medico identifica come prioritario il tema delle vaccinazioni, che va mediato attraverso i genitori e i docenti. Per un altro medico però questa tematica non è centrale:

"Questi interventi dovrebbero consistere nel considerare il bambino più sotto il suo aspetto globale e meno facendo questi interventi sull'alimentazione e vaccinazioni."

Da queste testimonianze si può osservare che i medici scolastici considerano prioritarie delle tematiche diverse, e che non si osserva un consenso a questo livello, anche se diversi medici insistono sul fatto che le tematiche da trattare devono dipendere dai bisogni della scuola oppure essere concertate con altri professionisti che intervengono nella scuola.

5.1.1.1 Consensi e divergenze

- Un consenso esiste in generale tra le diverse categorie d'attori nel considerare la promozione della salute nella scuola secondo una definizione ampia, dove la scuola è intesa come un luogo che favorisce la promozione del benessere fisico, sociale e mentale degli allievi.

- Secondo le autorità scolastiche e gli ispettori la promozione della salute nella scuola va intesa soprattutto come un aspetto trasversale trattato dal docente nel suo insegnamento normale.
- La maggior parte dei docenti pensa che l'educazione alla salute sia soprattutto un compito della famiglia.
- Un consenso esiste tra le diverse categorie d'attori a considerare importante nell'ambito della promozione della salute un intervento educativo ai docenti e alle famiglie.
- A livello delle tematiche educative ritenute prioritarie, i docenti e i genitori identificano soprattutto l'alimentazione sana e il movimento. Le autorità scolastiche, gli ispettori, gli esperti della prevenzione (e una parte dei docenti e dei rappresentanti dei servizi) sono centrati sullo sviluppo delle capacità psico-sociali (rispetto, gestione delle relazioni, tolleranza, autostima, autonomia, collaborazione). I medici scolastici si riferiscono a tematiche educative che comprendono l'igiene mentale, la prevenzione delle dipendenze, lo sviluppo del bambino e le vaccinazioni.

5.1.2 AZIONI REALIZZATE

Medici scolastici. Per quel che riguarda le azioni realizzate dai medici scolastici nelle scuole elementari dopo la riforma, oltre all'iniziativa sul pronto soccorso e sulla riorganizzazione della farmacia scolastica, tutto dipende dall'iniziativa dei singoli medici. Un'iniziativa che è citata a titolo d'esempio da diversi interlocutori in quanto lavoro di collaborazione tra medici scolastici, scuola e servizi è quella intrapresa nell'ultimo triennio dai medici scolastici del Circondario I. Il lavoro svolto si è basato sulla creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (medici scolastici, ispettore, responsabile del servizio di sostegno pedagogico) per discutere una volta al mese su casi di bambini con delle problematiche che non venivano riconosciute come tali dalla famiglia (segnalati dalla scuola o dai medici scolastici stessi). Tale lavoro si è basato sulla convocazione del direttore o del docente responsabile, e degli altri attori pertinenti (logopedista, psicomotricista, ortopedagogista, ecc.), per discutere sull'intervento possibile e fare da tramite con il medico curante e la famiglia. Sempre nello stesso circondario sono stati organizzati dei corsi per i docenti sul tema dell'iperattività.

Altri medici scolastici intervistati dichiarano di non aver intrapreso azioni, negli ultimi anni, per i bambini delle scuole elementari, se non per epidemie di pidocchi o di meningite. Essi hanno focalizzato i loro interventi nella scuola media (campagna epatite B, interventi richiesti dei singoli istituti, p.es. alimentazione, obesità, allergie, dipendenze).

Campagna di prevenzione dei maltrattamenti sui minori. Un'azione recente considerata importante da tutti gli attori intervistati e che ha coinvolto l'intero Cantone, è il corso di sensibilizzazione agli insegnanti sugli abusi ed i maltrattamenti su minori, impartito da un gruppo multidisciplinare (medici, pediatri, psicologi, educatori e un medico scolastico). A tale azione ha fatto

seguito il progetto Coccinella (DSS-DECS), che fornisce ai bambini degli strumenti concreti per prendere coscienza dei loro diritti. Il materiale è attualmente a disposizione per i docenti interessati.

Progetti sperimentali. Tra i progetti sperimentali applicati in alcuni istituti, figurano anche delle attività organizzate dal Centro psicopedagogico per la pace di Vicenza (attività interattive di teatro sulle relazioni e i sentimenti). Inoltre, lo stesso centro ha organizzato una mostra itinerante sul tema "Conflitti e litigi".

RADIX. I suoi operatori intervengono nelle scuole elementari, attraverso il coinvolgimento dei genitori, per promuovere parchi-gioco che possano offrire più possibilità di muoversi, di sperimentare e di gestire il rischio in modo autonomo. Gli operatori sensibilizzano inoltre le diverse sedi scolastiche ad aumentare la sicurezza casa-scuola (riduzione del traffico) e migliorare gli spazi attorno alla scuola (più alberi, meno cemento). Altri progetti sono in programma sull'educazione alla pace.

Azioni puntuali. Delle azioni puntuali sull'alimentazione sono state realizzate in alcune scuole elementari (il latte, la mela a ricreazione, gli additivi, la settimana della colazione sana, il gioco dell'oca sull'alimentazione). Altre azioni sono state comprese in specifici percorsi educativi (es. la visita dal panettiere, la prevenzione attraverso le risorse della natura, l'educazione alla natura con l'Associazione vivere il bosco). Tali azioni dipendono dalle iniziative delle singole sedi scolastiche o dei docenti.

Materiale educativo. Del materiale educativo o informativo per i bambini è distribuito ai docenti interessati dalla Sezione sanitaria (DSS) e da RADIX (p. es. riguardanti l'HIV/Aids, l'espressione delle emozioni e la capacità a relazionarsi, la disoccupazione, salute e ambiente).

Interventi educativi. Sono impartiti sei volte all'anno in tutte le classi elementari dei corsi di profilassi dentaria e di educazione al portamento, rispettivamente da un'operatrice del Servizio dentario scolastico e da un'operatrice/operatore del Servizio di ginnastica correttiva. Esiste anche una giornata per la prevenzione degli incidenti (educazione alla circolazione stradale), realizzata dal docente con un agente di polizia. Per gli allievi di quinta elementare è previsto un pomeriggio sul pronto soccorso (da parte della Croce Verde). Da notare ancora delle formazioni pedagogiche puntuali impartite da operatori del Sostegno pedagogico per i genitori, per richiesta esplicita d'assemblee di genitori o di sedi scolastiche.

5.1.3 BISOGNI, PROBLEMI DI SALUTE E FRAGILITÀ

Tutti i rappresentanti delle **autorità scolastiche** menzionano che tra i bisogni prioritari del bambino nell'ambito della promozione e l'educazione alla salute ci sia l'esigenza di tranquillità e di rispetto dei loro ritmi. Sarebbe utile sensibilizzare le famiglie, ma anche la scuola, a non sovraccaricare il bambino con troppe attività (eccesso d'attività extra-scolastiche per alcuni bambini). Viene anche sollevata la necessità di un discorso educativo relativo al consumo dei media

(televisione, videogiochi, internet), come pure l'importanza un'educazione alla gestione delle informazioni, per imparare a decidere senza lasciarsi troppo condizionare. Tra i principali problemi di salute sono citati: l'obesità, la difficoltà a vivere in modo sereno le relazioni, lo stress, la difficoltà di concentrazione. Per quel che riguarda le fragilità, sono citate soprattutto quelle legate alla famiglia (pressione e insicurezza in merito al lavoro, genitori divorziati, poca presenza dei genitori a casa).

Anche tra gli **ispettori** quasi tutti citano soprattutto il bisogno di tranquillità dei bambini. Inoltre, la gran parte menziona l'importanza di offrire un supporto educativo alla famiglia (consulenza, informazioni). Altri bisogni sono identificati, come l'alimentazione sana, l'educazione all'ambiente, l'importanza di offrire al bambino un ambiente scolastico sano e dove possa giocare e stare all'aperto. Tra i problemi di salute prioritari, appaiono l'obesità (anche legata alla diversità culturale), le malattie legate all'inquinamento (disturbi di respirazione, allergie), la stanchezza, mentre le fragilità identificate sono anch'esse legate all'ambiente familiare.

Per quel che riguarda i **docenti**, la gran parte cita come bisogno prioritario del bambino la necessità di evitare un sovraccarico d'attività, sia a scuola sia nell'ambito delle attività extra-scolastiche, ciò che necessita una sensibilizzazione anche dei genitori. Diversi menzionano l'importanza di educarli ad essere critici rispetto alla televisione, alle informazioni e alla pubblicità, nonché all'abuso di televisione e videogiochi. L'alimentazione sana è considerata un bisogno importante, come anche il movimento e lo spazio per giochi comuni. Appare inoltre importante per diversi docenti anche l'educazione su temi come la tolleranza, il rispetto, la differenza religiosa, la risoluzione dei conflitti, la cittadinanza, dove il bambino impara ad esprimere le proprie opinioni durante un dibattito. Un docente identifica anche la necessità di poter disporre di un servizio intermedio d'ascolto per la famiglia e per i bambini (figura intermedia tra il docente e il terapeuta). Tra i problemi di salute sono citati soprattutto la difficoltà di concentrazione, la passività, le fragilità psicologiche (insicurezza, difficoltà a stare nel gruppo), l'obesità (spesso osservata in bambini stranieri), le allergie. Tra le fragilità sono identificate anche dai docenti quelle legate all'ambiente familiare (divorzi, famiglie mono-parentali).

Per quel che riguarda i **servizi** che intervengono nella scuola, i rappresentanti di un servizio identificano come bisogni prioritari l'insegnare ai bambini a vivere lo sport non come competizione ma come benessere, l'importanza d'imparare ad essere critici nei confronti delle informazioni e ad esprimere le proprie emozioni. Per un altro attore, il bisogno prioritario dei bambini è quello di creare le situazioni dove si possano esprimere, essere ascoltati e muoversi in spazi aperti. I rappresentanti d'altri servizi ritengono che il bisogno prioritario sia l'alimentazione e l'educazione alla famiglia, anche per sensibilizzarla ai ritmi dei bambini. Tra i problemi di salute riscontrati nei bambini appaiono soprattutto: l'obesità, la mancanza di forza e di resistenza fisica, la rigidità corporea, la

stanchezza, un aumento dei ritardi del linguaggio, nonché la diffusione di fragilità emotive legate a contesti famigliari difficili.

Per gli **esperti della prevenzione**, i bisogni più rilevanti sono quelli legati alla socializzazione, alla capacità di relazionarsi, allo sviluppo del senso critico e della creatività, come anche il movimento e i bisogni sensoriali. Tra i problemi di salute sono citati l'obesità, le difficoltà respiratorie, lo stress, la mancanza di creatività e d'autostima, il non saper risolvere i problemi, e anche l'aumento dell'iperattività. Tra le fragilità, un attore identifica la multiculturalità come problema di relazione tra i bambini, soprattutto in quartieri specifici.

Per i **genitori** intervistati, i bisogni prioritari riguardano soprattutto l'alimentazione. Tra i problemi di salute più importanti, sono menzionati l'obesità, l'insonnia, lo stress, l'iperattività. Tra le fragilità riscontrate, appaiono quelle legate ai divorzi, oppure, secondo uno di loro, al problema delle migrazioni (violenza nei bambini che provengono da paesi in guerra).

Tra i **medici scolastici**, la maggior parte pensa che l'educazione all'alimentazione sia un bisogno prioritario non ancora sufficientemente soddisfatto per i bambini di questa fascia d'età. L'educazione alla famiglia, su tematiche varie come i ritmi dei bambini, l'eccesso d'attività extra-scolastiche, le esigenze dei bambini, nonché l'alimentazione, è considerata primordiale da diversi medici. Anche l'importanza di migliorare l'ambiente scolastico (vita mentale e fisica sana, collaborazione, valutazioni, ridurre lo stress) è un bisogno menzionato a più riprese. Alcuni medici fanno menzione della necessità di insistere con la profilassi dentaria, mentre altri sono dell'idea che i bisogni primordiali del bambino al giorno d'oggi siano quelli di carattere psico-sociale (essere integrati nel gruppo, essere ascoltati e compresi, vivere in modo sano le relazioni con la famiglia, fare amicizie). Per due medici scolastici è importante inoltre che i docenti sappiano riconoscere le situazioni problematiche degli allievi (problemi sociali ed emotivi, maltrattamenti, insuccessi a scuola). Tra i problemi prioritari di salute riscontrati, sono citati soprattutto l'obesità, lo stress e il mal di testa (dovuto all'ambiente scolastico e famigliare, ma anche all'eccesso d'attività extra-scolastiche), le allergie e i problemi respiratori. Alcuni medici menzionano anche l'aumento della carie (soprattutto nei bambini migranti), i problemi del linguaggio (poca comunicazione, troppa passività dovuta alla televisione), i maltrattamenti e l'iperattività. A livello delle fragilità, sono identificate soprattutto quelle psico-sociali legate alle difficoltà famigliari (divorzi, insicurezza del lavoro), ma anche alle difficoltà scolastiche. Un medico menziona inoltre le fragilità legate ai problemi sociali e alla multiculturalità.

5.1.3.1 Consensi e divergenze

- Un consenso esiste tra le diverse categorie d'attori a ritenere primordiali due bisogni in particolare: la necessità di adeguare l'insegnamento e le attività extra-scolastiche ai ritmi del bambino e l'educazione all'alimentazione.
- Il bisogno di movimento (anche durante le attività scolastiche) è ritenuto importante da più attori.

- Il bisogno di un discorso educativo sul consumo dei media e sullo sviluppo del senso critico rispetto alle informazioni è considerato importante da diverse categorie d'attori (autorità scolastiche, docenti, attori dei servizi, esperti della prevenzione, e alcuni medici scolastici).
- Il bisogno di tematiche educative atte a sviluppare le abilità psico-sociali (autostima, capacità di esprimere i propri sentimenti, collaborazione, risoluzione dei conflitti, autonomia) è riconosciuto primordiale da diverse categorie d'attori (docenti, esperti della prevenzione, attori di servizi sanitari, alcuni medici).
- Il bisogno di tematiche educative che rilevano d'aspetti sociali come la multiculturalità, la differenza religiosa, la cittadinanza, è rilevato soprattutto dai docenti.
- I medici scolastici considerano primordiale il bisogno d'educazione alla famiglia e il miglioramento dell'ambiente scolastico in generale.
- I problemi di salute prioritari, citati da quasi tutti gli attori, sono: obesità, stress, stanchezza, mal di testa, difficoltà respiratorie e allergie.
- I problemi di salute citati in modo meno sistematico sono: mancanza d'autostima e di creatività, difficoltà a concentrarsi, passività, aumento della carie (bambini migranti), problemi del linguaggio, iperattività e maltrattamenti.
- Le fragilità psico-sociali sono legate secondo la maggior parte degli attori intervistati soprattutto alle difficoltà familiari (divorzi, insicurezza del lavoro), ma anche scolastiche (valutazioni, sovraccarico). Per alcuni attori possono dipendere anche dalle difficoltà d'integrazione (migranti).

Dopo aver considerato le risposte secondo le diverse categorie d'attori e aver proceduto al loro paragone in termine di consensi e divergenze (ad eccezione delle azioni realizzate che non rilevano, all'evidenza, d'opinioni), la Tabella 1 riassume le risposte principali nell'ambito dell'educazione e la promozione della salute nella scuola elementare, per gli aspetti: (i) Definizioni e azioni; (ii) Azioni realizzate; (iii) Bisogni, problemi di salute e fragilità.

Tabella 1 L'educazione e la promozione della salute nella scuola elementare. Risposte principali (secondo la frequenza) per gli aspetti (i) Definizioni e azioni; (ii) Azioni realizzate; (iii) Bisogni, problemi di salute e fragilità.

Definizioni e azioni	Azioni realizzate	Bisogni, problemi di salute e fragilità
<p><u>Definizioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ottica globale "scuola-salute" • "Fil rouge" nei programmi, aspetto trasversale • Scuola oggetto e soggetto di salute • Ambiente scolastico favorevole al benessere fisico, mentale e sociale • Approccio globale che tiene conto d'aspetti fisici, mentali ed emotivi • Legame scuola-famiglia • Educazione rivolta ai docenti e alla famiglia • Alimentazione sana • Buon clima relazionale in classe • Collaborazione tra attori, lavoro di rete • Interventi esterni in collaborazione col docente da inserire nel programma • Corso d'educazione alla salute per i bambini <p><u>Azioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ed. all'alimentazione sana (bambini, docenti, famiglia) • Ed. ai docenti e alla famiglia (tematiche attuali) • Ed. al movimento • Ed. alla multiculturalità, alla tolleranza • Ed. al rispetto di sé stessi e degli altri, autostima, collaborazione • Ed. ad esprimere le emozioni • Ed. alla responsabilità, l'autonomia, il senso critico e alla capacità di prendere decisioni • Ed. alla discussione, espressione delle opinioni • Ed. all'igiene, conoscenza del proprio corpo • Attività legate alla socializzazione • Prevenzione dipendenze • Ed. allo sviluppo del bambino (ai docenti) • Sensibilizzazione vaccinazioni 	<p><u>Medici scolastici:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pronto soccorso e farmacia scolastica • Lavoro di gruppo multidisciplinare Circondario I • Corsi ai docenti sull'iperattività Circondario I • Interventi puntuali per epidemie (pidocchi, meningite) <p><u>Altri attori:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Corso di sensibilizzazione ai docenti su abusi e maltrattamenti dei minori (gruppo multidisciplinare) • Progetto Coccinella (DSS-DECS) • Attività interattive di teatro sulle relazioni e i sentimenti (Centro psicopedagogico per la pace di Vicenza) • Mostra itinerante 'Conflitti e litigi' • Promozione di parchi gioco sperimentali, sicurezza casa-scuola, ambiente scolastico (RADIX) • Azioni puntuali in alcune scuole (mela a ricreazione, colazione sana, gli additivi, ecc.) • Distribuzione ai docenti interessati di materiale educativo nell'ambito della salute (Sezione sanitaria, RADIX) • Corsi di profilassi dentaria (Servizio dentario scolastico) • Corsi di educazione al portamento (Servizio di ginnastica correttiva) • Educazione alla circolazione stradale (docenti e poliziotti) • Pomeriggio per le V sull'ambulanza e il pronto soccorso (Croce verde) • Formazioni puntuali su richiesta d'assemblee di genitori sulla gestione del comportamento (operatori del Sostegno pedagogico) 	<p><u>Bisogni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei ritmi del bambino (sonno, eccesso d'attività scolastiche ed extra-scolastiche) • Alimentazione sana • Educazione ai genitori (alimentazione, ritmi) • Miglioramento dell'ambiente (spazi per giochi comuni, spazi aperti) e del sistema scolastico (valutazioni, sovraccarico) • Discorso educativo sui media (abuso, gestione e critica delle informazioni, distacco) • Supporto alla famiglia (consulenza, informazione) • Educazione all'ambiente • Educazione alla tolleranza, differenze religiose, rispetto • Insegnare a vivere lo sport come benessere e non competizione • Bisogni di socializzazione, creatività, gestione autonoma del rischio • Movimento (anche a scuola) <p><u>Problemi di salute:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesità • Stress • Mal di testa • Stanchezza • Problemi respiratori, allergie • Difficoltà di concentrazione • Mancanza d'autostima e di creatività • Passività • Carie (bambini migranti) • Problemi del linguaggio • Iperattività • Maltrattamenti <p><u>Fragilità:</u></p> <p>Fragilità psico-sociali e emotive legate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • difficoltà famigliari (divorzi, insicurezza del lavoro) • ambiente scolastico (valutazioni, sovraccarico) • difficoltà d'integrazione (migranti)

5.2 IL RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO NELLA SCUOLA ELEMENTARE

5.2.1 PERCEZIONE DEL RUOLO ATTUALE DEL MEDICO SCOLASTICO

I rappresentanti delle **autorità scolastiche** sono tutti dell'idea che la nuova impostazione del ruolo del medico scolastico sia corretta e che risponda in modo più adeguato alle esigenze attuali rispetto al medico scolastico "vecchia maniera". In effetti, come lo rilevano queste due testimonianze:

"Un cambiamento ci voleva. Prima non c'era un'educazione alla salute, non si parlava di prevenzione e educazione alla salute, c'era quel ruolo specifico dove il medico interviene proprio quando deve spegnere un incendio e poi c'era l'assenteismo totale di questa figura. Adesso forse un inizio d'evoluzione c'è però è un po' presto per dire come va. Trovo che quello che si sta facendo adesso è un buon punto di partenza. Un'impostazione di base la vediamo. Il cambiamento è servito e credo che ci voleva."

"L'evoluzione è iniziata anche cercando di avere delle persone con competenze mediche ma anche una sensibilità ad aspetti relazionali, collaborazione. Ci si è avviati sulla strada giusta anche se non si può dire che si sia arrivati, ma sono convinto che questa sia la strada. Localmente si hanno segni importanti che la cosa sta funzionando. Il medico diventa un partner della scuola, degli istituti, lui stesso che ha delle cose da portare avanti ma che le porta mediandole attraverso i docenti, oppure la scuola che ha un bisogno e che va a cercare la competenza di tipo tecnico-scientifico per avere delle risposte per i docenti, i genitori e gli allievi."

Se rispetto al nuovo indirizzo del ruolo del medico scolastico esiste un consenso, degli ostacoli sono menzionati a livello d'applicazione pratica, dovuti soprattutto alla non sempre sufficiente conoscenza della realtà della scuola da parte del medico scolastico. Le sue competenze o disponibilità a livello di lavoro di gruppo e le risorse di tempo, non gli permettono sempre d'assumere il ruolo di consulente o d'animatore d'attività legate alla salute.

Le opinioni degli **ispettori** intervistati dipendono in generale dalle azioni realizzate dai medici scolastici nell'ambito del proprio circondario. In effetti, quando delle iniziative sono state svolte dai medici scolastici implicando gli ispettori scolastici oltre che altri attori, com'è il caso nel circondario I, il ruolo attuale del medico scolastico è visto in modo molto positivo:

"Fino a qualche anno fa, si chiamava il medico scolastico in caso d'epidemia, ora il suo lavoro prende una piega positiva. Nel primo circondario stiamo facendo un progetto. (...) È stato interessante perché abbiamo capito che il medico scolastico può essere importante per far da tramite tra la famiglia e il pediatra. (...) Se lo dice il medico le cose cambiano. Il questo senso il medico scolastico è un collaboratore del docente e dell'ispettore. Poi ha un ruolo importante per promuovere conferenze anche su richiesta dei docenti, ieri abbiamo fatto una conferenza sull'iperattività con 120 docenti, era il nostro gruppo che l'ha organizzato e abbiamo invitato anche un'ergoterapista e una psicologa e ne è uscito un pomeriggio interessante."

L'opinione sembra assumere una nota di scetticismo quando invece non sono state effettuate iniziative:

“Inizialmente sembrava che il mondo cambiasse, poi... Ci sono state iniziative, la farmacia, il pronto intervento, ma non un grande progetto. Non è ancora partito quello che potrebbe essere il ruolo del medico scolastico, e potrebbe essere un grosso ruolo. Ma come in tutte le cose ognuno deve fare quello che si sente di fare, ci sono medici che un ruolo del genere non riescono a tenerlo, altri che son bravi. Se dividiamo il cantone in circoli, in zone di influenza, arrischiamo di non essere efficienti. Un coordinamento con persone che hanno delle disponibilità possono diventare dei punti di riferimento importanti, per conferenze, ma anche per aiuto per quello che possono essere i problemi che sorgono nella scuola. Attualmente non mi sembra che ci sia un gran progetto.”

La percezione del ruolo attuale del medico scolastico da parte degli ispettori dipende dunque essenzialmente dall'esistenza o meno di iniziative da lui effettuate. Come lo affermano in modo esplicito la maggior parte degli ispettori, mentre prima gli interventi dei diversi medici scolastici erano più o meno omogenei in tutto il Cantone, ora tutto dipende dal singolo medico scolastico: c'è chi è molto attivo e motivato, c'è chi non interviene più del tutto. Un ispettore ritiene a questo proposito che i medici scolastici attuali non sono tutti sufficientemente formati per intervenire nell'ambito delle problematiche psico-sociali, ciò che crea un problema a livello d'interventi effettivi sull'intero territorio rispetto a quelli che sono i compiti richiesti attualmente.

Diversi **docenti** hanno tendenza ad affermare che il cambiamento del ruolo del medico scolastico ha significato più una scomparsa che un'evoluzione. Come sottolineato da questo docente:

“La figura del medico scolastico prima dell'evoluzione o scomparsa: lo si vedeva per fare la prova della tubercolina ma almeno lo si vedeva. (...) Oggi è scomparso, non l'ho più visto, so che ce n'è uno. Non so cosa faccia adesso. Noi abbiamo la direzione come punto di riferimento, ma prima il medico scolastico era una figura di riferimento.”

Se prima il medico scolastico era presente, seppur in modo puntuale, nelle sedi, ora la gran parte di loro non ha più contatti con lui, anche se in alcuni casi si afferma che rappresenta tuttora una figura di riferimento che interviene in caso di bisogno (epidemie, sospetti di maltrattamento), oppure che fa da tramite tra il docente e il pediatra in casi particolari. Un docente sostiene a questo proposito:

“Per quel che mi riguarda, il medico scolastico è più che altro una persona di riferimento. Faccio riferimento a lui per una constatazione (es. lividi su un bambino o pidocchi) e per chiedere informazioni (es. per un caso di scarlattina in classe). Io lo vedo come una sicurezza medica. Ecco, è un consulente per noi docenti.”

Come per gli ispettori scolastici, anche per i docenti la percezione del ruolo del medico scolastico dipende essenzialmente dalla sua disponibilità, dal suo operato e dal contatto che stabilisce lui stesso con i docenti. Per un docente che ha potuto beneficiare delle formazioni date dai medici scolastici nel suo circondario, la percezione del suo ruolo è diversa:

“Il medico scolastico era la persona che veniva a fare la visita in 1° elementare, faceva la vaccinazione della tubercolosi. Poi non lo vedevi più o lo chiamavi in caso di bisogno (es. i pidocchi). Ho l'impressione che negli ultimi anni le cose stanno un po' cambiando e che il medico scolastico cerchi di coinvolgere maggiormente i docenti nel discorso riguardante la salute dei bambini. Come detto in quattro anni abbiamo fatto due corsi abbastanza

interessanti. E difficile fare delle cose molto più approfondite anche perché comunque abbiamo tantissime cose da affrontare a scuola. Ecco il discorso di qualcuno che ci dia degli strumenti è importante, che ti informa e su cui si può contare in questi casi.”

Anche dalle diverse opinioni dei docenti riguardo alla percezione del ruolo attuale del medico scolastico traspare il fatto che non esiste omogeneità di ruolo a livello del territorio cantonale per quel che riguarda il suo operato, e che i docenti che considerano il medico scolastico come una figura di riferimento o un partner sono meno numerosi di quelli che constatano la sua quasi totale assenza dalla scuola.

A livello dei **servizi** che intervengono nella scuola, un servizio in particolare mette in evidenza il fatto che il ruolo attuale del medico scolastico è visto come un problema rispetto a quello precedente. Viene ora in effetti a mancare lo stretto contatto e la collaborazione che esistevano prima, che permettevano agli operatori di essere più precisi nelle loro diagnosi e nel loro operato. Dunque, sebbene sia riconosciuto che il nuovo ruolo del medico scolastico è importante in termini di prevenzione e promozione della salute, un attore di questo servizio afferma:

“Personalmente considero che non è stata una buona scelta, preferivo quando il medico scolastico sul campo era più incisivo, anche perché negli ultimi anni sono intervenuti ragazzi provenienti dall'esterno, da aree dove i controlli medici non esistono e che sono portatori di problemi che sarebbe importante discutere col medico anche perché questi ragazzi non sempre poi vanno dal medico. (...) Il medico scolastico sul campo sarebbe importante per questi casi, per noi è un peccato che il suo ruolo sia cambiato.”

La testimonianza citata sottolinea in modo particolare il fatto che il ruolo attuale può penalizzare i bambini di famiglie migranti (data la minor copertura medica). Tale problematica è menzionata anche da tutti gli altri rappresentanti dei servizi considerati, come lo afferma la citazione seguente:

“Con il cambiamento del ruolo c'è il rischio che certi bambini siano meno seguiti, e qui rientra il caso dei bambini stranieri”.

A parte questo aspetto, gli attori degli altri servizi considerano in generale che il cambiamento di indirizzo sia una scelta positiva, anche se alcuni ritengono che i contatti siano diminuiti rispetto a prima. Essi affermano che i cambiamenti prospettati non sono ancora stati realizzati, anche per mancanza di tempo o di iniziativa dalle due parti (medici scolastici e servizi), come traspare da questa testimonianza:

“Dopo le prime fasi dove è cambiata la regolamentazione sembrava che potessero fare molte cose, ma francamente i contatti sono stati nulli. Prima c'erano i contatti per la visita dei bambini, anche con i docenti, e da lì i docenti facevano magari emergere dei problemi e si discuteva, adesso non c'è più neanche questo contatto. Con noi come servizio non c'è stato praticamente nessun contatto, ma neanche noi l'abbiamo cercato, a parte quegli incontri iniziali dove c'è stato il cambiamento. E un po' precario adesso, un po' assente adesso, c'erano molte proposte, molta buona voglia di collaborare, ma poi di fatto risulta difficilmente possibile, c'era l'idea di sviluppare degli incontri a carattere preventivo ma poi non è mai decollato niente. Sarei favorevole a queste cose, è chiaro che ci vuole un incontro delle persone, conoscersi. Ma loro hanno il loro studio privato, le ore abbastanza

contate per questo ruolo, noi siamo sovraccarichi di lavoro, quindi queste cose non vengono fatte, anche se sono temi importanti la prevenzione e la salute.”

Gli ostacoli alla realizzazione delle azioni concertate dipenderebbero in questo caso soprattutto dalla mancanza di tempo. Nel caso di un altro servizio si considera al contrario che il ruolo attuale del medico scolastico nonché i contatti e il coordinamento nei suoi confronti siano soddisfacenti, come risulta da questa testimonianza:

“So che fanno dei corsi di formazione o dei momenti di incontro che secondo me sono positivi. (...) Nei nostri confronti c'è molta disponibilità, non ho niente da ridire per quel che riguarda il coordinamento con il nostro servizio. C'è evoluzione, un rispetto e un riconoscimento del nostro lavoro, c'è disponibilità a darci informazioni”.

Molto dipende dunque dalla disponibilità e dalla motivazione dei singoli medici scolastici e degli operatori dei servizi ad intraprendere delle iniziative o dei contatti e a stabilire delle collaborazioni.

Anche secondo gli **esperti della prevenzione**, il ruolo attuale del medico scolastico è più adatto al contesto e ai bisogni attuali rispetto a quello precedente, a condizione però che lavori effettivamente in modo sinergico e concertato, e che tutti gli attori pertinenti si riuniscano per discutere e per partecipare alla definizione degli indirizzi e delle azioni da realizzare. Come lo afferma uno di loro in particolare, il medico rappresenta una figura importante di riferimento, anche se non ha più il monopolio nel campo della salute. Il medico scolastico è dunque importante nell'ambito della promozione della salute anche se per formazione è spesso più centrato sugli aspetti riparatori. L'importanza di una formazione adeguata è anche rilevata:

“Penso che il medico che esce dalla scuola, che ha la sua praxis in studio non ha le competenze per fare il medico scolastico, ha bisogno di una formazione particolare, anche di natura psicologica e pedagogica nel campo di quello che è la medicina scolastica. Se la medicina scolastica è una disciplina che intende occuparsi della promozione della salute in ambito scolastico bisognerebbe trasformare anche la figura di questo medico.”

Affinché il medico scolastico possa svolgere al meglio il nuovo ruolo che gli è stato assegnato secondo l'ottica della promozione della salute appare dunque necessario -secondo gli esperti della prevenzione- un lavoro basato sull'effettiva concertazione rispetto alle strategie d'intervento nonché una formazione adeguata al nuovo ruolo.

I **genitori** intervistati considerano positivo che il medico scolastico lavori nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute nella scuola. Ciò permette inoltre di mostrare ai bambini che il medico si occupa anche di prevenzione e non solo di cura. Entrambi i genitori intervistati affermano di non aver sentito parlare di interventi o azioni nella scuola elementare da parte del medico scolastico (a differenza della scuola media dove uno dei due genitori afferma di aver saputo che ha fatto dei corsi sull'alimentazione).

Per quel che riguarda la percezione del loro ruolo attuale, i **medici scolastici** considerano in generale che il cambiamento di indirizzo è positivo, e che il fatto

di occuparsi maggiormente di aspetti preventivi e educativi corrisponda di più ai bisogni attuali della scuola, data la copertura medica attuale. Malgrado ciò, la maggior parte di loro riscontra delle difficoltà ad assumere un ruolo più attivo a livello preventivo ed educativo nella scuola elementare. Come sottolineato nelle testimonianze seguenti, diversi medici affermano di essere intervenuti pochissimo nella scuola elementare, se non per delle urgenze o per le azioni del pronto soccorso e della farmacia scolastica:

“E poi si è passati per fortuna al nuovo concetto di medicina scolastica che è in fase di definizione. Anche lì non è stato così facile cambiare le abitudini ai tanti colleghi che erano abituati ad un tot d'azioni e tramutarli in azioni preventive. E anche perché alcune cose erano organizzate da qualcuno per noi, ma anche alcune cose dovevamo organizzarcele noi. Per cui vuoi un po' la fantasia, un po' la conoscenza, un po' la voglia... hanno comunque limitato gli interventi. Mi sembra che all'infuori di quegli argomenti proposti direttamente dal Collegio e rispettivamente dall'Ufficio del Medico cantonale non sono quasi stati fatti interventi”.

“Non si è fatto niente o poco, l'azione farmacia scolastica ma per la scuola, per i bambini niente. (...) Vorrei fare di più ma la nostra attività quotidiana ci prende tanto tempo per fare tante cose, ma se abbiamo in mente questo tipo di azioni il medico scolastico dovrebbe essere più vicino alla scuola, cercare di essere più dentro.”

Appare in modo chiaro che il passaggio dal vecchio al nuovo ruolo, seppur largamente condiviso a livello concettuale, non è facile da operare per la gran parte dei medici scolastici, soprattutto per mancanza di tempo ma anche per una difficoltà ad inserirsi nel mondo della scuola. Alcuni medici dichiarano di avere richiesto alla scuola elementare di determinare le tematiche da trattare in ambito preventivo o educativo, ma che le risposte sono state rare. Come afferma questo medico:

“Personalmente ho lasciato aperto mandando ogni anno all'inizio dell'anno scolastico una lettera a tutti gli ordini di scuola invitandoli a fare delle proposte. (...) In questi anni è stata più una domanda da parte delle scuole medie. Direi che più il medico scolastico è presente più è richiesto. Nel senso che appunto abbiamo avuto questi interventi sull'epatite B e da lì è nato il fatto che la scuola stessa richiedesse interventi su altri temi. Invece nella scuola elementare non avevamo un mandato ufficiale e da quest'ordine di scuola c'è stata pochissima richiesta.”

Se per alcuni medici il fatto di essere più presenti per degli interventi specifici può facilitare i rapporti con il mondo scolastico e la conoscenza reciproca, secondo altri la scuola non sempre gradisce l'intervento del medico scolastico, che è visto come un'interferenza o un elemento di disturbo. Quest'impressione, sebbene non condivisa da tutti visto che alcuni hanno l'impressione di essere ben accetti e di rappresentare un elemento di fiducia per i docenti e i genitori, può contribuire a creare un ulteriore ostacolo alla transizione verso il nuovo ruolo, oltre alla mancanza di tempo e/o d'iniziativa personale già menzionati.

Il fatto che l'intervento del medico scolastico sia lasciato all'iniziativa dei singoli medici secondo le loro competenze e i loro interessi, è visto in modo positivo dai medici sebbene alcuni ritengano che non sia facile intervenire con delle proposte se non ci sono richieste esplicite da parte della scuola. Certo, l'esempio del

Circondario I, citato come caso esemplare da quasi tutti i medici scolastici intervistati, rappresenta un intervento basato sull'iniziativa e la motivazione dei singoli medici scolastici. In tal senso, l'iniziativa personale (la motivazione) ed il coinvolgimento di altri attori, rappresentano due fattori importanti per riuscire ad inserirsi nel mondo della scuola e portare avanti delle iniziative efficaci ed apprezzate.

Diversi medici scolastici affermano di voler orientare il loro ruolo verso quello di consulente (partner) e di formatore dei docenti e dei genitori oppure di coordinatore delle azioni che si realizzano nella scuola, come lo afferma in particolare questo medico:

"Gli attori in campo sono tantissimi. Sicuramente bisognerebbe cercare di coordinare questi attori. A mio modo di vedere oggi c'è ne sono tanti che sono qualificati ma è un intervento un po' selvaggio. Una tal associazione decide di fare una cosa, bussa alla scuola: siamo qui a parlar dell'alcool, poi altre fanno lo stesso...ecco li bisognerebbe trovare una figura che coordini un po' il tutto che sicuramente potrebbe essere anche il medico scolastico che diventa la persona che raccoglie tutti i possibili interventi nella scuola di sua competenza (circondario) e poi cerchi di coordinarli. Addirittura valutando delle situazione dove si potrebbero cantonalizzare degli interventi."

I medici scolastici intervistati sono quasi tutti dell'idea che il lavoro attuale del medico scolastico non può più essere svolto in modo individuale ma che è necessario agire in modo concertato con altri attori, in particolare con i docenti:

"Penso importante avvalersi della collaborazione di altre figure, una alleingang, una via da soli non è possibile, credo all'importanza di creare dei legami di fiducia, di amicizia, nelle sedi piuttosto che un lavoro calato dall'alto. Se si comincia a parlare con i grandi responsabili della scuola diventa una cosa asettica. Preferisco andare ad incontrare i docenti, parlare con loro e entrare poi in sintonia. Il lavoro va fatto in rete, va creato. (...) Il ruolo sta cambiando ma dove stiamo andando non so ancora dirglielo, è in costruzione. Fino adesso ci siamo mossi in ambito medico, per gli ambiti vicini dobbiamo costruire la rete e poi potremo parlare di più con queste persone facendo attenzione a non attraversare i territori."

5.2.1.1 Consensi e divergenze

- Un consenso esiste in generale tra tutte le categorie d'attori a considerare il ruolo attuale del medico scolastico più adatto, dal punto di vista concettuale, ai bisogni e alla realtà attuali rispetto a quello tenuto nel passato. Esistono però due eccezioni. Un servizio sanitario ritiene che il cambiamento di ruolo ha penalizzato il lavoro svolto dai suoi operatori (mancanza di collaborazione ritenuta necessaria per il lavoro). Per gli attori dei servizi, il cambiamento di ruolo può penalizzare i bambini di famiglie migranti (copertura medica minore).
- La maggior parte degli attori considera che il ruolo del medico scolastico come definito a livello concettuale non è ancora operativo (ad eccezione del Circondario I).

- Per la maggior parte dei docenti, degli ispettori e per i genitori il cambiamento di ruolo ha significato una scomparsa della figura del medico scolastico nell'universo della scuola elementare.
- Per alcuni docenti il medico scolastico è una figura di riferimento pronta ad intervenire in caso di bisogno.
- Per gli ispettori (e per alcuni medici scolastici) il fatto di lasciare l'iniziativa ai singoli medici comporta delle situazioni poco omogenee a livello dell'intervento sul territorio.
- Traspare dalle opinioni dei diversi attori una distanza tra quello che è l'indirizzo concettuale e la sua applicazione nella pratica. Tra gli ostacoli identificati da diverse categorie d'attori per quel che riguarda l'applicazione pratica, sono citati: il sovraccarico di programmi scolastici, la mancanza di tempo per il lavoro di rete, per formarsi su tematiche specifiche, per preparare gli interventi; una formazione non sempre adeguata dei medici scolastici per occuparsi dei nuovi compiti. È inoltre menzionata da alcuni medici una certa chiusura della scuola all'intervento del medico scolastico.

5.2.2 ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DEL RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO

I rappresentanti delle **autorità scolastiche** intervistati sono tutti dell'opinione che la capacità a relazionarsi con gli altri attori (docenti, genitori, rappresentanti di altri servizi) e a comprendere l'universo della scuola siano essenziali per il medico scolastico. Inoltre, il medico scolastico dovrebbe essere un mediatore tra scuola e famiglia. Come lo afferma questo attore:

"Il medico scolastico per me dovrebbe essere un mediatore tra scuola e famiglia. E poi saper anche trattare con gli adulti perché adesso la maggior parte dei medici sono pediatri. Perché è importante avere un rapporto con insegnanti e genitori. Quindi avere una capacità relazionale, una sensibilità sociale. E poi deve conoscere il sistema scuola (...) Perché deve essere un partner."

Il medico scolastico dovrebbe anche assumere maggiormente un ruolo di coordinazione tra tutti i servizi che intervengono nella scuola, che sono attualmente dei servizi separati e poco coordinati tra di loro. Un consenso esiste tra questi attori a considerare che il ruolo del medico scolastico dovrebbe essere quello di coordinatore e di supervisore di servizi, oltre che di mediatore scuola-famiglia e formatore di docenti e genitori (piuttosto che intervenire in modo diretto sui bambini). La disponibilità di tempo e le competenze relazionali e di lavoro in rete sono dunque considerate importanti per svolgere tale ruolo.

Anche tra gli **ispettori** intervistati quasi tutti ritengono che il medico scolastico debba innanzitutto avere un ruolo di coordinatore degli altri attori che possono essere chiamati ad intervenire nella scuola. Come rilevato da questo ispettore, il medico scolastico deve diventare soprattutto un collaboratore della scuola:

"Collaborazione con i vertici della scuola in caso di situazioni difficili, e la collaborazione per promuovere l'educazione alla salute. Poi il ruolo di prima resta sempre, quello di

intervenire in caso di epidemie o altro. (...) Dopo sull'organizzazione, se ci vuole qualcosa di diverso, quello è da vedere, in ogni caso questo ruolo domanda più lavoro di prima, poi come viene retribuito... Non deve più limitarsi a un pronto intervento ma essere un collaboratore della scuola."

La funzione di formatore dei docenti e delle famiglie è considerata importante anche dagli ispettori, anche se alcuni specificano che non deve essere l'unica figura professionale che interviene in questo ambito. È menzionato il fatto però che tali ruoli (formatore, coordinatore) necessitano delle competenze o sensibilità particolari che non tutti i medici scolastici possiedono, e che dunque si deve riflettere se far assumere tutti questi compiti al medico scolastico in modo esclusivo.

Per quel che concerne i **docenti**, le aspettative sono differenziate. Una parte di loro considera che il ruolo del medico scolastico dovrebbe essere soprattutto quello di formare e sensibilizzare i genitori (ricordiamo a questo proposito che diversi docenti considerano essenziale la famiglia per l'educazione alla salute). Altri considerano invece che dovrebbe assumere il compito di formare e sensibilizzare, insieme ad altri attori, i docenti stessi, perché possano a loro volta agire sui bambini oppure essere più attenti a diagnosticare i problemi (maltrattamenti o altro). Per un docente del Circondario I, che si riferisce anche alle iniziative intraprese nel suo circondario, è importante lavorare a gruppi ristretti coinvolgendo in seguito anche i docenti:

"Qui entrano in gioco due o tre cose. Prima di tutto l'aspetto politico-finanziario, poi l'aspetto proprio del tempo (disponibilità). Degli interventi regolari con il medico scolastico in gruppi ristretti (a circondari) sarebbe l'ideale. "Buttar la" delle tematiche ogni tot e vedere di affrontarle con dei gruppi ristretti perché li hai la possibilità di discutere maggiormente i problemi, e di coinvolgere poi tutti i docenti nella loro esperienza. Anche se però poi ci sono problemi organizzativi. Però sono convinto che a livello di docenti questa nuova figura di medico scolastico sia abbastanza gradita. Ecco l'interesse su certe problematiche c'è."

La maggior parte dei docenti intervistati ritiene inoltre necessario che il medico scolastico sia più presente a scuola anche per farsi conoscere dai docenti e per conoscere il mondo della scuola.

I responsabili dei **servizi** intervistati generalmente riferiscono all'importanza del ruolo del medico scolastico come coordinatore dei vari interventi effettuati dai diversi servizi nella scuola e dai docenti che si occupano di salute nella scuola, indicando ad esempio delle riunioni per definire gli indirizzi e le azioni. I rappresentanti di un servizio in particolare considerano assolutamente necessaria per il loro operato una maggior coordinazione e collaborazione con il medico scolastico, anche perché hanno l'impressione che ora si lavora ancor più che nel passato a compartimenti stagni, ciò che va contro la finalità ricercata. La collaborazione è ritenuta necessaria per avere una chiarezza in merito agli intenti e per definire in modo coordinato le azioni da realizzare, ma anche per avere più credibilità rispetto alle azioni intraprese, dato che la figura del medico è autorevole agli occhi degli allievi e dei genitori. Due testimonianze sottolineano alcuni di questi aspetti:

“Questa collaborazione nel mio immaginario dovrebbe essere istituzionalizzata, ora si lavora un po’ a compartimenti stagni. Vedo nel mio immaginario che il medico cantonale con i medici scolastici definiscono i temi nell’ideale e i suoi operatori nel campo, con temi che vanno avanti e altri che sono proposti solo puntualmente. Vedo una collaborazione in questo senso. Ora non sappiamo niente di quello che fa, ci vuole una chiarezza di intenti, cosa che sarebbe recepita in modo migliore dai ragazzi e dai genitori.”

“Forse ci vorrebbe prima un’analisi della situazione fatta da un gruppo di persone composto dai principali attori che definiscono i temi generali e le modalità, messi poi in consultazione nella scuola, per evitare i compartimenti stagni che poi non portano all’effetto sperato a livello dello sviluppo dell’allievo.”

La riflessione e la concertazione, attraverso riunioni di medici scolastici o d’incontri tra i diversi attori della scuola in merito agli orientamenti e a progetti nell’ambito della salute scolastica, è dunque considerata essenziale. Per un attore tale concertazione andrebbe istituzionalizzata:

“Dovrebbero esserci le condizioni per far partire l’iniziativa. Sarebbe un segnale anche dei responsabili della scuola per riconoscere l’esigenza, creare degli spazi per dei progetti, degli incontri. Magari istituire a livello circondariale che per tre volte all’anno ci si incontri. Formalizzare questi incontri e poi da lì con tutte le persone implicate e le loro competenze può nascere qualcosa.”

Per gli attori dei servizi è inoltre necessario che il medico scolastico assuma un ruolo di formatore di bambini, genitori e docenti.

Per gli **esperti della prevenzione** intervistati, è importante che il medico scolastico sia affiancato da altre figure professionali, sia nel suo operato sia a livello della definizione degli indirizzi globali. Anche tra gli attori della prevenzione emerge l’importanza di riunioni tra tutti gli attori pertinenti. E menzionato inoltre il ruolo del medico scolastico come coordinatore delle azioni, data la sua autorevolezza. Questi passaggi sottolineano gli aspetti menzionati:

“Nessuno deve lavorare da solo, non è che i medici devono fare da loro le loro pensate o gli esperti le loro o i docenti. Il problema è che se si discute assieme si capisce quali sono le cose che migliorano la salute, bisogna essere dei partner. Fare delle riunioni con i diversi tipi di partner, poi ognuno porta le sue esperienze o le sue suggestioni e poi il discorso si allarga. Ci vuole una collaborazione, degli incontri: voi cosa proponete? Ognuno deve partecipare. Gli attori da coinvolgere sono tutti, i docenti soprattutto. (...) Per definizione il medico sulla salute è quello che deve saperne di più, deve aiutare gli altri a far capire l’importanza del movimento, a parlare con i maestri di ginnastica per un altro tipo di movimento. Poi anche sulle dipendenze, il medico sa che si diventa dipendenti dalla tele o altre cose perché si è insicuri o frustrati... Noi di solito non abbiamo a che fare con i medici, ma il medico scolastico potrebbe sensibilizzare, anche su questioni dell’alimentazione, il medico è una figura autorevole.”

“Oggi il medico, che ha comunque un ruolo importante nell’ambito sanitario, trasmette conoscenze, deve cambiare il suo ruolo. Ora deve essere affiancato da altre figure professionali. Magari può coordinare, integrare, è una risorsa per una serie di temi senza voler medicalizzare attività che non sono di tipo medico. E ancora un leader con un certo potere carismatico che può trasmettere una motivazione ai docenti ai genitori.”

Per uno degli esperti della prevenzione sarebbe inoltre importante se il medico scolastico fosse affiancato sul terreno dalla figura dell’infermiera in salute

pubblica, in grado di depistare i problemi e di offrire un sostegno ad allievi, docenti e genitori.

I **genitori** intervistati hanno delle aspettative diverse. Per uno di loro, dovrebbe venire una volta all'anno nella scuola a parlare dei principali problemi di salute, mentre per l'altro il suo ruolo dovrebbe essere quello di coordinatore e supervisore, valutando i bisogni dei singoli istituti scolastici, ma anche organizzatore di serate a tema con i genitori e i docenti. Per questo genitore, il lavoro nella scuola potrebbe essere delegato all'infermiera scolastica:

"Per me il lavoro del medico scolastico potrebbe anche essere delegato all'infermiera scolastica. Il medico scolastico dovrebbe avere un ruolo di coordinatore e supervisione, di valutare i bisogni dei singoli istituti scolastici. Il medico scolastico delega poi alle infermiere secondo l'azione concertata sempre tra docenti, direzione, medico scolastico e infermiera per poter fare qualcosa sul terreno. Rimarrei con l'organigramma attuale a circondari attuale ma aggiungerei l'infermiera scolastica."

L'introduzione della figura dell'infermiera scolastica è una tematica soggetta a dibattito presso i **medici scolastici**, come anche quella della professionalizzazione del ruolo del medico scolastico. Una parte dei medici scolastici intervistati ritiene che non tutti sono sufficientemente formati o dispongono del tempo necessario per occuparsi di grandi progetti nell'ambito della prevenzione e dell'educazione alla salute. Vede dunque l'esigenza di una professionalizzazione del ruolo come ad esempio il modello di Ginevra o di Zurigo, ed essere affiancati dall'infermiera scolastica. Ad esempio:

"Sono convintissimo sul modello di Ginevra che dobbiamo fare la medicina scolastica professionale. Loro hanno fatto questa struttura di medicina scolastica cantonale. Per me dovremmo anche noi farla così. Un medico scolastico cantonale che ha tutta una équipe di infermiere di salute pubblica magari pediatriche sul territorio. (...) Noi non abbiamo abbastanza tempo. Le competenze le abbiamo in parte perché lavoriamo in questo ambito. Però non siamo per niente sufficientemente competenti per quel che riguarda la medicina scolastica. Bisognerebbe avere una formazione molto più approfondita. Soprattutto oltre forse alla sensibilità pedagogica, la specificità della formazione solo in medicina scolastica (post-graduate e formazione continua specifica in medicina scolastica) e ci vuole tempo per fare questo. (...) Queste infermiere competenti possono essere una figura molto importante di continua presenza nella scuola e contatto con l'allievo e possono essere anche un sostegno per la famiglia."

"Così come la medicina scolastica è diventata adesso penso che ci dovrebbero essere 3 o 4 medici scolastici per il cantone che fanno solo quello. Se uno è al di fuori del suo studio e non ha interessi privati sarebbe meglio, dovrebbe essere un funzionario, lo vedo io. Pensavo che una modificazione della medicina scolastica avrebbe cambiato la struttura con medici che fanno solo quello. La vedevo così, lì ci si sarebbe potuti anche formare di più. (...) Ho sempre pensato che la medicina scolastica andrebbe fatta da un medico funzionario che fa solo quello. Se si fa una medicina scolastica ufficiale si potrebbero fare degli aggiornamenti più specifici tutti insieme, magari nel periodo dove non c'è scuola uno può dedicarsi all'aggiornamento. Se la medicina scolastica vuole andare in quella direzione lì non si può fare con i medici così, perché poi c'è troppa differenza tra i medici, c'è quello che è più impegnato, quello che è meno impegnato."

Per altri invece è importante che i medici scolastici non siano completamente specializzati o statalizzati ma abbiano un piede nella pratica quotidiana, e che trovino all'interno della loro preparazione, dei loro interessi specifici e della loro pratica gli stimoli e le idee da trasferire nell'ambito scolastico, aiutandosi con la letteratura specializzata. Anche l'introduzione dell'infermiera scolastica non è vista in modo consensuale da tutti i medici scolastici, come risulta dalla citazione seguente:

"Arriviamo alla figura dell'infermiera scolastica. Io sono un po' scettico su questa figura nella mia realtà locale. (...) Non è legato ad un fatto di competenza, perlomeno scientifica. E piuttosto che vedo un po' la contraddizione tra il fatto di cercare per anni di avere un contatto con la scuola e il fatto di introdurre un elemento supplementare. Qui lo vedrei più come un ostacolo ma ripeto parlo della mia realtà. Vedo più allora una collaborazione con il secondo medico scolastico del circondario un po' come la cosa era concepita all'inizio. (...) In Ticino vedrei –perché no se fosse necessario un medico cantonale aggiunto che si occupa solo della scuola- però dei medici che allora eventualmente a tempo parziale si occupino solo della scuola, che non sia un'attività da inglobare in qualche modo nell'attività privata ma che si impegnano al 20% o al 10% ad occuparsi solo della scuola. Una professionalizzazione in questo senso. E vero che ci sono dei campi in cui né io generalista né i pediatri siamo sufficientemente formati. Però mi sembra importante che per il rapporto con la famiglia siano dei medici che hanno contatto con la pratica quotidiana e che non sia interamente professionalizzata nel senso di una specializzazione interamente centrata sulla medicina scolastica."

Un altro medico sottolinea l'importanza del legame con la pratica:

"Oggi come oggi ci vogliono dei professionisti, è vero però il rischio che un medico scolastico professionista non abbia sufficiente contatto con la realtà. Noi medici di milizia abbiamo perlomeno il vantaggio che siamo a contatto ogni giorno con la realtà dei bambini e delle famiglie."

Per altri medici, sarebbe più adatto raggiungere un compromesso, e propongono una maggior professionalizzazione e formazione dei medici scolastici attuali e la presenza di un medico scolastico cantonale come nel modello di Ginevra:

"Ho l'impressione che un solo medico cantonale scolastico (sul modello del Cantone di Ginevra) sia riduttivo. Probabilmente andrebbe bene un medico cantonale scolastico che sia proprio in cima alla piramide e poi lo stesso questi medici suddivisi nei circondari. Perché penso che l'azione ne guadagni enormemente. Il medico cantonale scolastico così raccoglie, propone va a visitare altri cantoni, sente novità, le ributta qui, le mette in discussione. Invece il medico più di periferia sente di più i bisogni e può anche al limite agire più autonomamente in bisogno di una necessità proprio locale. Posso immaginare che può esserci la figura del medico cantonale che propone di prendere delle infermiere di salute pubblica e dia loro il compito di fare questi interventi, ...perché no(...). L'infermiera va bene nella misura in cui questa persona sia competente perché non dimentichiamoci che i temi da affrontare sono tantissimi ed evidentemente spesso si intrecciano le cose... Non è che il medico lo sappia fare meglio ma magari il medico di periferia conosce magari la persona adeguata per un certo tipo di lavoro e quindi può lavorarci assieme. Il problema è una questione di formazione del medico scolastico. La maggior parte di noi non ha una formazione specifica in medicina scolastica. È chiaro che sulla carta si direbbe che il pediatra è quello che ce l'ha di più... però per esempio la capacità di parlare davanti a 50 bambini non è ovvia o la capacità di creare il materiale

didattico adeguato. Chiaro che con la buona volontà si può far tanto però io credo che oggi ci vuole professionalità. Ma potrei immaginarmi che si possa fare un specie di scuola di medico scolastico, un pomeriggio al mese per tre anni o quattro week-end all'anno o così, dove si viene formati specificamente su questo. Dove ci siano degli specialisti nei vari settori dove ci informino come meglio intervenire."

Infine, altri medici ritengono necessario attendere la concertazione con altri attori o lo sviluppo di azioni specifiche nell'ambito della medicina scolastica per pronunciarsi sul cambiamento di struttura del Servizio.

"Abbiamo la figura dell'infermiera di salute pubblica che è fondamentale perché fa da fil rouge, certo se nel tempo i progetti dovrebbero diventare più impegnativi si dovrà valutare se introdurre o meno altre figure, come l'infermiera sul territorio che hanno introdotto a Zurigo, una persona che può aiutare su diverse cose. Penso che la struttura attuale è snella, ci si conosce tutti, c'è un buono scambio, ma se dovessero aumentare le idee e i progetti bisognerebbe riadattare questa struttura alle nuove esigenze. Però prima vediamo quali sono i progetti. (...) Ma creare già di partenza una struttura a tempo pieno questo no."

Al di là degli aspetti strutturali e organizzativi, la maggior parte dei medici ritiene indispensabile aumentare la collaborazione con altri servizi e attori, nonché concertarsi sugli obiettivi e le azioni da intraprendere, facendo attenzione a non invadere territori di altra competenza. Appare inoltre essenziale per diversi medici scolastici l'importanza di essere meglio formati per svolgere in modo adeguato il nuovo ruolo, indipendentemente dal fatto che siano favorevoli o contrari ad una specializzazione o ad una statalizzazione della professione, oppure all'introduzione della figura dell'infermiera scolastica.

5.2.2.1 Consensi e divergenze

- Esiste un consenso tra le diverse categorie d'attori a ritenere che il medico scolastico debba partecipare, con altri attori, ad un intervento formativo su genitori e docenti. Più attori, compresi alcuni medici scolastici, ritengono però che per questo ruolo sono necessarie delle competenze pedagogiche e una formazione che non tutti i medici scolastici possiedono.
- Alcune categorie d'attori (autorità scolastiche, ispettori, rappresentanti dei servizi e un esperto della prevenzione) sono concordi nel pensare che il ruolo del medico scolastico dovrebbe essere quello di coordinatore (dei servizi che intervengono nella scuola, d'attività intraprese da altri attori).
- Alcune categorie d'attori (esperti della prevenzione, medici scolastici, una parte degli ispettori e dei docenti) ritengono che la concertazione tra medici scolastici e attori pertinenti (per la definizione degli obiettivi, dei ruoli rispettivi e delle attività da realizzare) sia primordiale. Alcuni sono dell'idea che tale concertazione dovrebbe aver luogo in gruppi ristretti, mentre per altri è importante coinvolgere tutti i professionisti pertinenti.
- Per alcuni attori (un genitore, un esperto della prevenzione e una parte dei medici scolastici) è importante introdurre la figura dell'infermiera scolastica per intervenire sul territorio, mentre alcuni medici sono scettici.

- La maggior parte dei medici scolastici sono favorevoli ad una professionalizzazione del ruolo del medico scolastico (un tempo fisso da dedicare alla scuola, più formazione).
- Una divergenza esiste tra i medici scolastici nei confronti della statalizzazione del ruolo sul modello dei Cantoni Ginevra e Zurigo.

5.2.3 CREAZIONE DI UN CORSO D'EDUCAZIONE ALLA SALUTE PER I BAMBINI E RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO

I rappresentanti delle **autorità scolastiche** intervistati mostrano un certo scetticismo rispetto alla creazione di un corso specifico d'educazione alla salute da inserire nel curriculum. Quasi tutti pensano che sia più importante definire in primo luogo, secondo un approccio concertato gli obiettivi e le tematiche da trattare in tale ambito, e sensibilizzare poi i docenti per affrontare tali aspetti in modo trasversale nel programma. Per le autorità scolastiche il docente è la figura responsabile dell'educazione dei bambini, e quindi anche dell'educazione alla salute. Con ciò non si esclude il concorso del medico scolastico e d'altri professionisti, nell'ambito di un intervento puntuale e coerente rispetto al programma intrapreso dal docente. Ad esempio:

"Se intendiamo un corso per esempio di 10 lezioni non sono convinto, ma si può vedere anche di guardare gli obiettivi importanti per questi bambini, vedere come e su cosa si lavora, e dove inserire in modo pertinente negli argomenti trattati delle iniziative legate alla salute, rispettose dell'età. Il concorso del medico potrebbe essere quello di vedere cosa fare nei vari ambiti e se si presenta qualcosa che lo si presenti in modo pulito e scientificamente corretto. Vedrei più che un corso, delle carte nelle mani di un docente da giocare secondo la sua programmazione. Si fa per esempio un testo in italiano e piuttosto che usare un dato testo se ne usa uno che parla della salute in un certo modo. Andrei più in questo senso, poi le cose maturano più con la regolarità e con la coerenza che con grandi cose. (...) L'attore fondamentale può essere chiunque, sono molto aperto ad entrate in classe di attori esterni, la persona esterna ha un impatto evidente, a condizione che questo arrivo sia naturale, i ragazzi devono essere pronti, sia poi un medico, un infermiere o un malato stesso. Poi come attori il docente è il primo attore anche senza assumersi il compito, deve fare in modo che queste entrate avvengano con un senso."

"Non so se ci vuole un corso d'educazione alla salute, sono temi trasversali, entrano in altri temi, anche quando si fa ginnastica alcune cose passano. La scuola poi costruisce delle celle dove si mettono degli elementi e poi si dà anche la nota per vedere se è stato digerito... Ci dovrebbero essere degli obiettivi generali che poi attraverso degli insegnamenti generali si possono raggiungere."

Un attore nota che sebbene la trasversalità sia importante e necessaria per l'educazione alla salute, è più difficile da realizzare, anche perché ci sono docenti più o meno sensibili a questi aspetti. Si rischia quindi che tale problematica non venga trattata in modo adeguato da tutti i docenti. Un'altra autorità scolastica intervistata sottolinea la necessità di affrontare delle tematiche quali l'alimentazione, lo sviluppo psico-fisico del bambino, gli aspetti relazionali, la tolleranza secondo un'ottica globale e una logica coerente e concertata che

attraversa tutta l'organizzazione della scuola e della società (coerenza tra decisioni politiche e salute), e non solo attraverso delle lezioni o attività in classe.

Anche la maggior parte degli **ispettori** intervistati ha delle riserve sulla creazione di un corso d'educazione alla salute per i bambini, dato che a loro avviso il fatto di abbracciare un'ottica globale della salute implica un aspetto trasversale che deve essere presente in tutte le attività scolastiche. È vista in modo più positivo la formazione continua del docente su tematiche che concernono la salute, affinché possa a sua volta abordare tali tematiche nel programma normale. Un ispettore rileva la questione in modo seguente:

"Non credo tanto a un corso, ci potrebbe essere un corso di formazione all'adulto, conoscenze che permettono al docente di comportarsi in modo adeguato, ma in senso lato. I docenti hanno bisogno di una formazione di base e continua forte, dove si possono introdurre anche elementi di educazione alla salute. Bisogna dare competenza ai docenti. Un corso ai bambini dove viene il medico scolastico entra da una parte e esce dall'altra. Se invece formo dei docenti, magari in modo facoltativo, esisterebbero degli elementi che a loro volta trasmettono queste conoscenze ad altri docenti. Vedrei che il bravo docente mette la propria competenza a disposizione di altre classi."

Emerge inoltre l'idea che la formazione ai docenti vada impartita attraverso un lavoro di rete, che vede la partecipazione d'altri specialisti oltre che al medico scolastico (come per es. la formazione sugli abusi e maltrattamenti). Un altro non esclude un corso sulla salute per i bambini con interventi esterni, coinvolgendo in modo diretto i bambini, anche se specifica che tale aspetto vada abordato soprattutto attraverso le attività normali della scuola:

"La principale informazione deve passare attraverso le attività normali della scuola. Il bambino mangia sempre la merendina e il maestro glielo dice, e anche il motivo. Se entra la persona esterna nella scuola certe volte la cosa può avere un'impatto forte, l'attenzione aumenta. Non vedo negativa l'idea che un medico scolastico o delle persone preparate entrino a fare delle lezioni su argomenti precisi, può essere anche positivo. Per chi implicare si può spaziare dal farmacista alla psicologa, poi dipende dai temi, se si parla di inquinamento, un fisico o un chimico, dipende...(...) Bisogna anche coinvolgere i bambini, con scenette, teatro sui vari argomenti, la lezione non deve essere solo frontale, ci vuole anche lo spazio in cui i bambini costruiscano qualcosa e lo presentino ai compagni."

Anche per gli ispettori interpellati, il principale attore dell'insegnamento nell'ambito della salute deve essere il docente, formato e sensibilizzato in modo adeguato dal medico scolastico come da altri professionisti, anche se non è completamente esclusa la possibilità di un intervento esterno sui bambini, che deve essere coerente con il programma e comprendere una partecipazione attiva dei bambini.

I **docenti** hanno delle opinioni divergenti rispetto alla creazione di un corso per i bambini. Per alcuni, l'insegnamento alla salute deve essere rivolto soprattutto alle famiglie, perché sono loro le principali responsabili della salute del bambino, ma anche perché i programmi scolastici attuali sono già molto densi. Come lo rilevano ad esempio due docenti:

"L'educazione alla salute riguarda tanto i genitori, poi se si fa qualcosa a scuola e viene portato a casa è positivo, ma inserire un corso vero o proprio non so, vengono già fatte

tante cose a scuola, si aggiungono tante cose e bisognerebbe toglierne altre. Sarebbe un'istruzione in più, è positivo, ma bisogna fare attenzione al carico globale, se si mette qualcosa bisogna togliere qualcos'altro. Negli ultimi anni c'è più stress a scuola, sono arrivati gli insegnanti specialisti, ginnastica, canto, che svolgono tecnicamente benissimo il proprio lavoro, ed è lì il problema, non è più il momento dove i bambini si rilassano, canticchiano, stonano, ora devono seguire attentamente, è giusto che sia così ma poi i ragazzi si stancano. È lodevole l'impegno che mettono gli insegnanti, ma i bambini prima guadagnavano in relax... Per cui se si inserisce qualcosa bisogna farlo con delicatezza. La salute nella scuola secondo me va trattata saltuariamente."

"Il medico scolastico deve riuscire a coinvolgere le famiglie e, a livello di famiglia, convincere e mostrar loro le cose importanti che ogni bambino dovrebbe fare. Proprio un'educazione ai genitori. (...) Quindi non tanto un corso in classe per i bambini, ma piuttosto per i genitori. Si perché i bambini a scuola possono imparare un milione di cose però se poi a casa non le mettono in pratica non serve a niente. (...) Poi queste sono cose che non competono soltanto al medico scolastico ma anche lo psicologo che affianca il medico scolastico, dove l'importanza di organizzare degli incontri con i genitori per parlare di determinate cose."

Per altri docenti, un corso d'educazione alla salute rivolto ai bambini deve essere mediato attraverso una formazione dei docenti. Il medico scolastico o altre figure professionali possono offrire un sussidio didattico al docente, o intervenire in modo puntuale nell'ambito di un contesto didattico specifico. Ad esempio:

"La via attuale non è male, nel senso di cercare degli aiuti nei docenti. Il docente che potrebbe essere un mediatore tra il medico scolastico e i bambini poi dopo. Poi dopo come diceva D'Apuzzo possono esserci delle altre figure come per esempio delle infermiere, o comunque cercare qualcosa nel volontariato, delle persone che cercano di formarsi e che si mettono a disposizione a loro volta per formare i docenti."

"Escluderei in partenza il medico scolastico che si sostituisce all'insegnante, che fa lui la lezione, perché probabilmente non ha le competenze pedagogiche necessarie. Io lo vedrei come un bel sussidio didattico. Cioè io posso immaginarmi che faccio una lezione con i miei allievi su un problema e allora a quel punto nella mia lezione ci sarebbe la comparsa del medico che si inserisce in un contesto. A quel punto ho bisogno del medico. E ne ho bisogno nella fase di preparazione. È un consulente, uno specialista della materia, ma non è lo specialista della trasmissione della materia. Ma se andiamo a fondo, non è detto che ci debba essere solo la figura del medico scolastico ma magari ci sono altre figure."

Altri docenti sono favorevoli all'idea d'instaurare un corso sulla salute o almeno dei pomeriggi a tema per i bambini con l'intervento del medico scolastico e d'altri attori. Come lo rilevano questi docenti:

"Potrebbe essere interessante fare un corso, in ogni caso parlarne. (...) I fattori psicosociali come il rapporto con gli altri sono importanti per la salute. Secondo me per un corso non si dovrebbe solo far capo al medico scolastico proprio perché le tematiche non sono solo mediche, bisognerebbe allargare a più attori. Tutto dipende da come viene allargato il corso. L'intervento di altre persone nella scuola è sempre importante, abitua il bambino a vedere altre persone, anche perché il docente non può trattare tutto. Un'altra persona che viene in aula porta ad un'attenzione maggiore, una persona più esperta può rispondere in modo migliore alle domande, noi talvolta siamo limitati. Altre persone creano un arricchimento anche per i docenti. Per i temi, i fattori psicosociali sono

importanti, il fatto di condurre una vita tranquilla, lasciare loro la possibilità di gestire i loro momenti, l'autonomia, poi ci sono i temi legati all'alimentazione, l'igiene personale."

"Sarei d'accordo, più che un'ora settimanale magari una giornata su un tema. Il ruolo del medico scolastico sarebbe quello di guida, consulente, magari con una docente come quella che le parlavo, un'infermiera, il medico scolastico e alla fine esce una giornata."

I docenti intervistati hanno dunque delle opinioni diverse rispetto alla creazione di un corso d'educazione alla salute per i bambini. In effetti, per alcuni si tratta soprattutto di sensibilizzare i genitori, per altri tale intervento va mediato formando il docente, anche se non sono esclusi momenti d'intervento esterni. Altri docenti invece sono piuttosto favorevoli alla creazione d'un corso che veda la partecipazione di diverse figure professionali (docenti specializzati, psicologi, infermiera, medico scolastico).

Per quel che concerne gli attori dei **servizi**, una parte degli intervistati è dell'idea che un corso d'educazione alla salute vada rivolto soprattutto ai genitori, ma anche ai docenti. Secondo il responsabile di un servizio, a questa età è importante agire soprattutto sulla famiglia:

"A questa età è forse un po' eccessivo, magari è meglio agire sulla famiglia. Ho un sogno, quando un bambino inizia la scuola dell'infanzia e poi quella dell'obbligo anche il genitore possa beneficiare di un piccolo corso dove c'è il medico scolastico, lo psicologo, l'educatore, che possano dare il loro apporto educativo di sensibilizzazione ai genitori e magari su questo potrebbe avere senso inserire dei momenti con i bambini. Non vedo agire solo sul bambino, che poi se a casa non sono sensibilizzati si creano solo dei paradossi. Per la scuola media vedo bene un corso, ma per questa fascia d'età è un po' presto."

Per un altro attore, è importante agire, oltre che sulla famiglia, soprattutto sui docenti, offrendo loro un sostegno che abbia poi una ripercussione sulla salute e il benessere dei bambini:

"Teoricamente sensibilizzare le persone all'educazione alla salute è una buona cosa, facendolo con i diretti interessati, cioè i docenti e i genitori. (...) Per me è anche importante dare un sostegno ai docenti, dove loro possano anche esprimere le loro esigenze o dubbi, il loro compito è difficile, hanno bisogno di parlare, elaborare le loro difficoltà o i loro stress. Dare la possibilità di creare dei gruppi di discussione per scambiare le loro opinioni, dubbi o difficoltà sarebbe importante. E una qualità che si dà al lavoro, poi ha delle ripercussioni sulla salute dei bambini, sono molto sollecitati. I promotori dovrebbero essere degli psicologi, persone che vengono dall'esterno. Il medico scolastico potrebbe proporre queste cose."

Per altri attori dei servizi non è escluso un approccio rivolto anche ai bambini, oltre che alla famiglia e ai docenti, facendo però attenzione ad adottare un approccio creativo e interattivo. Quel che appare importante è soprattutto il fatto d'implicare i diversi docenti specializzati e altri professionisti nella creazione di un approccio educativo concertato:

"Fare in modo che ci sia una piattaforma di attori in collaborazione tra di loro. Parliamo del corpo dunque ci sta dentro l'alimentazione ma anche l'aspetto psicologico che oggi è molto importante, tutti i docenti cercano di fare gli psicologi, ma non sempre hanno le competenze, avrebbero bisogno di saperi per saper come confrontarsi

rispetto a situazioni che non sanno come risolvere. Abbiamo dunque il docente di ginnastica correttiva, di educazione fisica, di educazione alimentare, il medico, lo psicologo, quello di sostegno pedagogico, lo psicomotricista. C'è una miriade di specialisti, bisogna poi vedere quali coinvolgere per creare un castello chiaro. (...) L'importante è che ci sia prima un senso. Per l'opera di prevenzione gli attori privilegiati sono poi anche i genitori, l'opera di sensibilizzazione con riunione deve concernere anche loro. Vedo che nelle scuole elementari i genitori vengono di più alle riunioni che alle medie, dunque certe informazioni ai genitori passano più a questa età che dopo."

Anche tra i rappresentanti dei servizi interpellati le opinioni rispetto alla creazione di un corso rivolto ai bambini non sono consensuali, visto che per alcuni è più adatto agire sulla famiglia e sui docenti, mentre che per altri un approccio più focalizzato sui bambini non è da escludere.

Per quel che concerne l'opinione degli **esperti della prevenzione**, uno di loro è dell'idea che l'educazione alla salute debba comprendere un aspetto trasversale piuttosto che un corso, benché degli interventi puntuali in momenti pertinenti del programma non sono da escludere. D'altro lato, si sottolinea l'importanza di creare un corso di sensibilizzazione al benessere rivolto a genitori e docenti, i quali a loro volta agirebbero sui bambini. Tale corso prevedrebbe la creazione di un gruppo di lavoro interdipartimentale dove tutti possano riflettere sui criteri e sulle azioni da intraprendere:

"Già non lo chiamerei educazione alla salute, ma al benessere. La prevenzione e la sensibilizzazione al benessere. (...) Per me potrebbero anche fare un gruppo di lavoro interdipartimentale, dove c'è dentro il dipartimento del territorio, della salute, delle istruzioni, che ci siano dei rappresentanti, delle riunioni, che tutti fungano da consulente. Ci sono dei cantoni che già lavorano insieme, c'è un settore ambiente-scuola, che lavorano sui programmi, su come uscire di più. In ogni caso sarei per creare una volta un ufficio interdipartimentale, DECS/DSS per far vedere che si lavora tutti per un obiettivo comune, in favore dell'ambiente e del benessere, dove ognuno da le sue suggestioni, ho visto che a livello di collaborazione già si fa, educazione ambiente già c'è, in questo caso sarebbe educazione salute ambiente".

I **genitori** intervistati sono entrambi favorevoli alla creazione di un corso rivolto ai bambini, dove il medico scolastico possa far partire l'iniziativa ed operare come consulente del docente, oppure dove il corso sia impartito da un'infermiera o dal medico stesso.

I **medici scolastici** intervistati hanno delle opinioni divergenti rispetto al loro grado di partecipazione nell'ambito di un corso d'educazione alla salute per i bambini. Se quasi tutti sono favorevoli alla creazione di un corso sulla salute per i bambini, alcuni insistono sull'importanza della loro partecipazione diretta, altri sono d'accordo ma mettono in evidenza degli ostacoli a questo livello, mentre per altri è più un compito della scuola e del docente. Tra i medici favorevoli alla loro partecipazione diretta, possiamo citare questa testimonianza:

"Io sarei pienamente d'accordo con un corso di educazione alla salute per i bambini. E il ruolo del medico scolastico dovrebbe essere un ruolo primario se come tale esisterà; se non verrà soppiantato da altre figure. Dopo qui entra la solita lotta tra le diverse figure. Io penso pur sempre che anche nel 2002 il medico ha ancora un certo carisma, è ancora

una figura a cui i genitori si rivolgono e probabilmente deve giocare un ruolo di primo attore; non sul piedestallo ma un ruolo importante lo deve avere.”

Altri medici sono d'accordo con la creazione di un corso che vede la loro partecipazione, ma ritengono che non sempre i docenti siano aperti al loro intervento, come lo rileva un medico in particolare:

“Io sono d'accordo con un corso di educazione alla salute. (...) Ma c'è un freno da parte dei docenti su queste cose perché per loro è lavoro supplementare. (...) Penso che se io sono strutturato come medico scolastico e ho dietro appunto la mia équipe, posso fare queste iniziative come mio ufficio senza chiedere troppi permessi agli altri. Poi però posso chiedere l'aiuto della scuola, perché non posso fare qualcosa nella scuola senza avere il sostegno della scuola. Quindi gli attori devono quasi essere i docenti. Però vedo una grande resistenza dei docenti a seguire dei corsi. La scuola da degli strumenti, poi il docente è un po' il regista della sua classe, è lui che decide cosa vuole insegnare. Lui è proprio il responsabile dell'educazione quindi se non abbiamo la sua collaborazione non riusciamo assolutamente a far niente.”

Per altri medici scolastici, è il docente il responsabile dell'educazione, dunque anche dell'educazione alla salute. Riconoscono però che il loro ruolo può essere quello di consulente o supervisore, come lo rilevano le testimonianze seguenti:

“Secondo me a scuola c'è il docente quindi è lui che primariamente deve fare queste cose. Dopo chiaramente il docente deve essere formato, deve avere tutti i supporti possibili. Il docente che nell'ambito di un programma che qualcuno gli ha preparato parla di obesità, ecco che dopo fa intervenire il medico nutrizionista che anche lui dà la sua spiegazione. (...) Ma il docente è sempre lui al centro.”

“Un corso svolto dal medico scolastico non è attuabile. Nel senso che di sedi di scuola elementare ce ne sono troppe. Quello che sarebbe fattibile eventualmente sarebbe una supervisione dei docenti, cioè che il corso medesimo sia svolto dai docenti e che il medico faccia una supervisione dei docenti. Eventualmente un intervento puntuale in ogni sede sull'arco dell'anno.”

Una parte dei medici interpellati pensa che il ruolo del medico scolastico nell'ambito di un corso d'educazione alla salute potrebbe essere quello di coordinare il corso o di intervenire con altre figure professionali su di un tema specifico, ognuno nell'ambito delle sue competenze. Notiamo ancora che tra i medici scolastici intervistati diversi sono dell'idea che sia più adatto al loro ruolo intervenire con delle formazioni a tema sulla famiglia e i docenti piuttosto che sui bambini.

5.2.3.1 Consensi e divergenze

- Una divergenza esiste tra i diversi attori (anche all'interno di una stessa categoria) rispetto alla creazione di un corso d'educazione alla salute per i bambini delle scuole elementari.
- Per le autorità scolastiche e gli ispettori (e un esperto della prevenzione) l'educazione alla salute deve essere abordata dal docente come un aspetto trasversale e non attraverso un corso specifico.
- Altri attori (alcuni docenti, attori dei servizi e medici scolastici) sono favorevoli alla creazione d'un corso d'educazione alla salute per i bambini (o a dei

momenti di formazione), a condizione che sia impartito dal docente dopo essere stato formato da altri professionisti (medico scolastico, psicologo, educatore o altre figure pertinenti).

- Altri attori (genitori, alcuni docenti, attori di servizi e medici scolastici) sono favorevoli ad un corso d'educazione alla salute per i bambini (o a dei momenti formativi), impartito da professionisti diversi (medico scolastico, infermiera, psicologo, educatore, ecc.), che intervengono insieme o secondo le rispettive competenze.
- Alcuni medici scolastici ritengono che la creazione di un corso d'educazione alla salute per i bambini sia principalmente di loro competenza.
- Una parte dei docenti e dei responsabili dei servizi sostiene che un corso d'educazione alla salute vada rivolto più ai genitori che ai bambini, che sono ritenuti i principali responsabili della salute per i bambini di questa età.
- Tra gli ostacoli identificati per la creazione d'un corso d'educazione alla salute per i bambini figura soprattutto la densità del programma scolastico.

Tabella 2 Il ruolo del medico scolastico nella scuola elementare. Risposte principali (secondo la frequenza) per gli aspetti (i) Percezione del ruolo attuale; (ii) Aspettative; (iii) Opinioni sul corso d'educazione alla salute per i bambini.

Percezione del ruolo attuale	Aspettative	Corso d'educazione alla salute per i bambini
<ul style="list-style-type: none"> • Impostazione adeguata alla realtà attuale e alla promozione della salute nella scuola • Ruolo del MS non ancora operativo • Squilibrio tra obiettivi e risorse (tempo, formazione) • Scomparsa del MS dalla scuola • Più formazione del MS • Consulente, figura di riferimento per il docente • Penalizzazione dei bambini migranti • Nessuna azione nella scuola elementare • Assenza di contatto con il docente • La scuola non gradisce l'intervento del MS • Elemento di fiducia per i docenti • Positiva la libera iniziativa del MS • Buona collaborazione con il MS, disponibilità • Difficile entrare nella scuola elementare senza un progetto su tutto il territorio • Poche richieste dalla scuola elementare • Ruolo importante per conferenze • Collaboratore del docente e dell'ispettore • Meglio quando sul campo era più incisivo, ora assenza di collaborazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Maggior coordinazione tra MS e servizi • Coordinatore di tutti gli attori che intervengono nella scuola nell'ambito della salute • Supervisione delle iniziative • Capacità a relazionarsi con altri attori, lavoro di rete • Concertazione con gli altri attori (servizi, scuola) per la definizione d'obiettivi e azioni • Formatore dei docenti (con altri attori) • Formatore delle famiglie (con altri attori) • Formazione adeguata del MS • Collaboratore della scuola • Mediatore scuola-famiglia • Comprendere l'universo scuola • Introduzione dell'infermiera scolastica • Professionalizzazione del ruolo del MS (più tempo alla scuola) • Importanza del legame con la pratica per il MS (scuola e studio) • Istituire il medico scolastico cantonale (con infermiere) • Istituire il medico scolastico cantonale (con medici scolastici sul territorio) • No all'infermiera scolastica • Per un cambiamento di struttura aspettare i progetti 	<ul style="list-style-type: none"> • Docente in quanto attore principale dell'educazione alla salute dei bambini (sia secondo un approccio trasversale sia un corso specifico) • Più importante un corso ai genitori (impartito da diversi professionisti in più del MS) • Corso ai bambini mediato attraverso il docente (formato da diversi professionisti in più del MS) • Educazione alla salute è un aspetto trasversale trattato dal docente nel programma più che un corso • Corso ai bambini (ore settimanali, pomeriggi a tema) da parte di professionisti esterni (MS e altri attori) • Corso ai bambini da parte del MS e collaboratori diretti • Corso ai bambini con strategie interattive e partecipative • Più importante un sostegno per i docenti (gruppi di discussione con psicologi, su iniziativa del MS)

6 CONCLUSIONE

L'obiettivo principale di questa ricerca è quello di comprendere il ruolo che il medico scolastico è attualmente chiamato ad occupare nell'ambito della promozione della salute nella scuola elementare. A tale fine, l'analisi delle opinioni nei confronti della problematica della promozione della salute nella scuola elementare permette di esaminare le caratteristiche del contesto in cui deve situarsi oggi il suo operato. Rispetto alla sua definizione, si tratta in primo luogo di considerare che benché i diversi attori si focalizzino su dei bisogni e delle tematiche da loro considerati prioritari, i diversi punti di vista espressi partecipano a definire la problematica della promozione della salute nella scuola elementare secondo un'ottica globale e articolata. Come traspare dalle azioni e dalle tematiche considerate primordiali, nonché dai bisogni rilevati, una scuola che promuove la salute deve partecipare al benessere globale del bambino. In effetti, risultano prioritari dei bisogni e delle tematiche educative che si riferiscono al benessere fisico, sociale e mentale: alimentazione sana, movimento, rispetto dei ritmi di vita del bambino, sviluppo delle capacità psico-sociali (autostima, senso critico, rispetto di sé e degli altri, autonomia, espressione dei sentimenti, collaborazione, gestione delle relazioni e dei conflitti), sensibilizzazione riguardo a delle tematiche di carattere sociale (protezione dell'ambiente, tolleranza religiosa, multiculturalità, cittadinanza). I problemi di salute rilevati dagli attori intervistati (obesità, stress, mal di testa, stanchezza, allergie, mancanza d'autostima e di creatività, passività, ecc.) sono essenzialmente di carattere psico-sociale, e le tematiche e i bisogni educativi evidenziati sono nella maggior parte dei casi legati alla prevenzione di tali disagi. Per prevenire o ridurre la prevalenza dei disagi di carattere psico-sociale, e per promuovere il benessere del bambino, l'analisi dei dati raccolti mette in evidenza la necessità di un'azione situata a più livelli: ambiente scolastico (fisico e psico-sociale); educazione e prevenzione; collaborazione, concertazione e coordinazione.

6.1 AMBIENTE SCOLASTICO

In primo luogo, e sono le autorità scolastiche stesse le prime a riconoscerlo, per promuovere la salute è necessario che la scuola stessa, come istituzione, sia sana. Ciò richiede in particolare un ripensamento dell'ambiente fisico e psico-sociale della scuola. Come rilevato da alcuni attori, l'ambiente fisico scolastico dovrebbe comprendere spazi interni per giochi comuni, spazi verdi esterni per giocare e fare movimento, meno cemento e più alberi intorno alla scuola, dei parchi-gioco adatti alle necessità di sperimentazione, socializzazione e gestione del rischio del bambino. Per quel che concerne l'ambiente psico-sociale della scuola, esso dipende in gran parte dal sistema scolastico. Una riorganizzazione del sistema scolastico è considerata necessaria da più attori, in particolare un

ripensamento del sistema di valutazione e la diminuzione del sovraccarico di programmi, fattori che possono contribuire allo stress e ai disagi psico-sociali dei bambini.

6.2 EDUCAZIONE E PREVENZIONE

Per quel che riguarda l'educazione e la prevenzione nell'ambito della salute, gli interventi ritenuti prioritari dagli attori intervistati si situano sia a livello della famiglia e dei docenti, sia dei bambini. Un consenso esiste tra i diversi attori a considerare che per i bambini di questa età sia necessario soprattutto un intervento educativo sulla famiglia, in modo particolare rispetto a tematiche come l'alimentazione, il rispetto dei ritmi del bambino e dei suoi bisogni, nonché il movimento. Anche la formazione dei docenti è considerata essenziale. Essa permetterebbe di fornire loro degli strumenti per diagnosticare e prevenire eventuali disagi di natura psico-sociale, e per adattare l'insegnamento alla promozione della salute e ai suoi determinanti. Indipendentemente dal fatto che l'insegnamento ai bambini sia abordato dal docente secondo un'ottica trasversale durante il programma normale, oppure attraverso dei momenti formativi specifici (eventualmente realizzati con professionisti esterni), appare necessaria un'attenzione particolare alle diverse tematiche educative e preventive menzionate (ovvero l'alimentazione, il movimento, lo sviluppo delle capacità psico-sociali, la multiculturalità, ecc.). Le formazioni rivolte alla famiglia e ai docenti, organizzate preferibilmente da gruppi interdisciplinari, sono in generale considerate più importanti rispetto ad un intervento formativo sui bambini impartito da altre figure professionali. Notiamo ancora a questo livello che la creazione di un corso specifico d'educazione alla salute per i bambini, da introdurre eventualmente nel curriculum²⁰, è generalmente considerata poco adatta, anche se alcuni attori si dichiarano molto favorevoli all'idea. Sono contemplati piuttosto, come menzionato prima, dei momenti di formazione su tematiche legate alla salute impartiti dal docente (dopo essere stato formato da altri professionisti), eventualmente con un intervento puntuale di altre figure professionali.

6.3 COLLABORAZIONE, CONCERTAZIONE E COORDINAZIONE

Come sottolineato da diversi attori, lo sviluppo d'interventi educativi richiede la collaborazione e il lavoro di rete tra i diversi professionisti pertinenti (medici scolastici, direttore, ispettori, docenti, operatori dei servizi, esperti della prevenzione e altri specialisti), anche perché le tematiche identificate necessitano un approccio disciplinare complementare. La concertazione, sia a livello dei

²⁰ Da rilevare che il manifesto redatto dai partecipanti della conferenza 'Open Space' di Friburgo nell'ambito del programma nazionale 'Scuole e salute' propone di rendere obbligatoria la promozione della salute nel piano di studio d'ogni livello scolastico.

singoli circondari sia a livello cantonale, per la definizione e la coordinazione delle azioni educative e preventive già esistenti o da realizzare è dunque considerata primordiale. Si ritiene perciò, come rilevato del resto anche dal Comitato d'esperti dell'OMS, che un'efficace promozione della salute nella scuola sia il riflesso di un approccio organizzato e coerente, realizzato attraverso strategie globali. Risulta dunque necessario un miglior coordinamento delle attività educative e preventive dei servizi che intervengono nella scuola elementare nonché delle azioni realizzate da altri attori. Le azioni educative e preventive che sono state identificate attraverso le interviste, sebbene possano rispondere almeno in parte ai bisogni dei bambini nell'ambito della salute, sono spesso locali e puntuali, e appaiono rappresentare delle attività poco coordinate tra loro, non sufficientemente inserite in un'ottica globale.

6.4 ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DEL RUOLO DEL MEDICO SCOLASTICO

Se gli interventi considerati prioritari dai diversi attori nell'ambito della promozione della salute si situano principalmente a tre livelli, l'intervento del medico scolastico è richiesto essenzialmente in ambito educativo e preventivo, nonché a livello della collaborazione, concertazione e coordinazione. In effetti, esiste un consenso tra le diverse categorie d'attori intervistati a ritenere che il ruolo del medico scolastico dovrebbe essere soprattutto quello di partecipare, insieme ad altri attori e secondo un'ottica interdisciplinare, ad un intervento formativo su docenti e genitori (ed eventualmente anche su bambini). Diversi attori considerano inoltre che il ruolo del medico scolastico debba anche essere quello di coordinare gli interventi dei diversi servizi e le azioni realizzate da altri attori nell'ambito della promozione della salute nella scuola. Una maggior collaborazione con gli attori della scuola (per la definizione di un programma di promozione della salute nelle sedi scolastiche) e con gli attori dei servizi appare necessaria. Infine, la sua partecipazione attiva alle concertazioni per la definizione degli obiettivi, dei ruoli rispettivi e degli interventi da realizzare è considerata primordiale, sia a livello di circondario, sia a livello cantonale.

La recente trasformazione del ruolo del medico scolastico prevede, in modo conforme a tali attese, che il medico scolastico eserciti il suo intervento soprattutto a livello educativo e preventivo, focalizzando l'attenzione sui disagi psico-sociali. Sono considerate necessarie nell'ambito di tale intervento un'ottica interdisciplinare, una maggior coordinazione con gli attori di altri servizi, e una concertazione rispetto alle azioni da realizzare. Esiste dunque una coincidenza tra quelle che sono le principali aspettative nei riguardi dell'operato del medico scolastico e i nuovi indirizzi concettuali relativi al suo ruolo. La maggior parte degli attori intervistati ritiene in effetti a tale proposito che il ruolo attuale del medico scolastico sia più adatto, dal punto di vista concettuale, ai bisogni e al contesto attuale rispetto a quello tenuto nel passato.

Tuttavia, risulta chiaro che esiste una distanza tra quello che è l'indirizzo concettuale e la sua applicazione nella pratica. Sebbene esista un'eccezione, il caso del Circondario I, citata come caso esemplare da diversi attori, la maggior parte delle persone intervistate considera che il ruolo del medico scolastico non è ancora operativo. Per molti attori, il cambiamento ha significato più che altro una scomparsa della figura del medico scolastico dalla scuola elementare. Benché la libertà di intraprendere delle azioni secondo i singoli interessi e competenze sia considerata in modo positivo da diversi medici scolastici, altri attori ritengono che tale aspetto, lasciando l'iniziativa ai singoli medici, comporta delle situazioni poco omogenee a livello dell'intero territorio. In effetti, come rilevato da questi attori, se alcuni medici scolastici particolarmente attivi e motivati svolgono un lavoro preventivo e educativo secondo un approccio multidisciplinare come previsto dal concetto, la maggior parte di loro ha delle difficoltà ad assumere tale compito.

6.5 OSTACOLI

La mancanza di tempo per prendere contatto con gli attori della scuola e dei servizi, per formarsi su tematiche educative e preventive specifiche, e per preparare gli interventi risulta essere il principale ostacolo. Come riconosciuto dai medici scolastici stessi, il lavoro in studio occupa la maggior parte del loro tempo. La disponibilità di tempo è del resto insufficiente anche per altri attori (servizi, docenti). Alcuni dichiarano che ci vuole a questo proposito una chiara volontà a livello dipartimentale per effettuare il lavoro di rete e per fissare degli incontri regolari.

Un altro ostacolo centrale è rappresentato dalla formazione dei medici scolastici. Come lo evidenziano più attori, non tutti i medici scolastici sono formati per il trattamento e la prevenzione dei disagi psico-sociali. Anche la formazione e le competenze in ambito pedagogico non sembrano essere diffuse tra tutti i medici scolastici. Inoltre, la pratica in studio non contempla generalmente un lavoro educativo e preventivo svolto secondo un'ottica di rete e di concertazione. L'interdisciplinarietà e il lavoro di rete, benché ritenuti essenziali, non sono un compito facile né per i medici scolastici, né per gli altri attori, visto che domandano la creazione di un linguaggio comune tra professionisti spesso abituati a lavorare in modo settoriale. L'universo della scuola e quello della salute sono contraddistinti da realtà diverse e da barriere territoriali che sussistono ancora oggi. È rilevata in effetti in alcuni casi una chiusura della scuola all'intervento del medico scolastico, dovuta in parte alla densità del programma scolastico, ma anche ad una certa resistenza all'intromissione nel proprio mondo. Esiste però il caso del Circondario I che dimostra che i due mondi possono compenetrarsi a condizione che il lavoro sia svolto coinvolgendo anche gli attori della scuola (direttori, ispettori, docenti), oltre che altri professionisti. Ma anche all'interno del settore sanitario esistono dei linguaggi e degli approcci diversi. Si osserva in particolare che i contatti e la collaborazione tra medici scolastici e gli operatori della prevenzione sono sempre stati rari.

La recente creazione del "Forum per la promozione della salute nella scuola" può contribuire a ridurre almeno in parte la distanza tra i diversi professionisti della scuola e della salute che intervengono in tale ambito, favorendo a termine la creazione di un linguaggio e di obiettivi comuni, nonché la pianificazione d'interventi concertati. La promozione della collaborazione tra i due dipartimenti direttamente interessati, DECS e DSS, risponde senz'altro all'esigenza di un approccio partecipativo e concertato, come richiesto sia dagli attori intervistati sia dal concetto stesso di promozione della salute. A questo proposito, possiamo però osservare che l'iniziativa della creazione del Forum è stata presa in particolare dalla Divisione scuola e dall'Ufficio promozione e valutazione sanitaria, senza coinvolgere in modo diretto il Servizio di medicina scolastica, che figura come un Soggetto del Forum (insieme ad altri enti, servizi e associazioni). Tale aspetto può rappresentare un ostacolo in vista di una collaborazione e una concertazione serena tra istanze dei settori scolastico, medico e preventivo. Anche se il settore medico non ha più il monopolio nell'ambito del concetto di promozione della salute, il medico rappresenta tuttora una figura autorevole e di riferimento. Visto inoltre che il ruolo richiesto al medico scolastico, e dunque al Servizio di medicina scolastica, nell'ambito della promozione della salute copre diverse funzioni importanti (formazione, coordinazione dei servizi, ecc.), un rappresentante del Servizio di medicina scolastica dovrebbe idealmente essere coinvolto nel Comitato promotore del Forum. Anche se tale decisione non dipende solo dal Servizio di medicina scolastica, si consiglia dunque la presenza di un rappresentante del Servizio all'interno del Comitato promotore del Forum sulla promozione della salute nella scuola.

6.6 FORMAZIONE E PROFESSIONALIZZAZIONE DEI MEDICI SCOLASTICI

Se gli ostacoli relativi alle barriere intersettoriali, al lavoro di rete e alla mancanza di linguaggio comune possono essere superati a termine grazie all'iniziativa del Forum, si delinea la necessità di alcuni ripensamenti nonché azioni da intraprendere a livello del Servizio di medicina scolastica. Gli ostacoli per lo svolgimento del ruolo del medico scolastico come previsto dal concetto dipendono essenzialmente da due fattori: la disponibilità di tempo e la formazione dei medici scolastici. Per superare tali ostacoli appare necessaria una maggior professionalizzazione del ruolo del medico scolastico (più formazione e un tempo fisso da dedicare alla scuola), nonché una riflessione sul modello ticinese di medicina scolastica. A livello di tale riflessione, la statalizzazione del ruolo del medico scolastico sul modello dei Cantoni Ginevra e Zurigo nelle sue diverse varianti (Medico cantonale scolastico e medici scolastici sul territorio, Medico cantonale scolastico e infermiere di salute pubblica sul territorio) appare soggetta a dibattito presso i medici scolastici. Una discussione a questo livello è dunque pertinente all'interno del Servizio di medicina scolastica, anche per riflettere sull'introduzione della figura dell'infermiera scolastica sul territorio (altro

soggetto di dibattito). Come suggerito da alcuni attori, tale figura, in collaborazione con il medico scolastico o con il Medico cantonale scolastico, potrebbe svolgere con maggior disponibilità di tempo e con più predisposizione al lavoro di rete una parte dei compiti richiesti al medico scolastico. Altre soluzioni intermedie, tenuto conto delle risorse finanziarie, andrebbero prese in considerazione (ad esempio un medico scolastico per circondario e alcune infermiere scolastiche sul territorio).

Se tale discussione va condotta all'interno del Servizio di medicina scolastica e degli organismi competenti, appare in ogni caso necessaria nell'ambito dell'attuale struttura, una maggior professionalizzazione del ruolo del medico scolastico. La professionalizzazione richiede in particolare una pianificazione del tempo da dedicare a tale ruolo (stabilire un tempo fisso), e delle attività (per assicurare una maggior omogeneità delle azioni sul territorio). Inoltre, la formazione continua dei medici scolastici va intensificata. Il Servizio potrebbe prevedere a questo riguardo delle formazioni continue regolari su tematiche pertinenti (ad esempio il lavoro di rete, l'approccio di *santé communautaire*, l'ottica della promozione della salute, la prevenzione e l'educazione nell'ambito dei disagi di natura psico-sociale).

Infine, data la concertazione che si sta intraprendendo nell'ambito del Forum sulla promozione della salute nella scuola a livello della definizione dei ruoli rispettivi, appare proficua anche una riflessione all'interno del Servizio di medicina scolastica sui compiti che i medici scolastici sono attualmente disposti ad intraprendere. Le aspettative nei confronti del loro operato si situano in effetti a diversi livelli (formazione di genitori, docenti ed eventualmente bambini, impartita da gruppi multidisciplinari; coordinazione delle attività dei servizi e di altri attori che intervengono nella scuola; collaborazione con la scuola, con i servizi nell'elaborazione di azioni comuni o nella definizione di un programma di promozione della salute). Identificare in modo chiaro quali tra questi compiti sono ritenuti adatti alle loro competenze e ai loro interessi è essenziale per la definizione dei ruoli dei diversi attori nell'ambito della promozione della salute.

In seguito a tali considerazioni, sono state elaborate una serie di raccomandazioni.

7 RACCOMANDAZIONI

7.1 STRUTTURA E SERVIZIO

- Professionalizzazione del ruolo del medico scolastico: regolamentazione e pianificazione del tempo e delle attività.
- Intensificare la formazione continua dei medici scolastici (organizzare nell'ambito del Servizio di medicina scolastica delle formazioni continue regolari per tutti i medici scolastici su tematiche pertinenti, ad esempio: approccio di *santé communautaire*, prevenzione dei disagi di natura psico-sociale).
- Discussione all'interno del Servizio di medicina scolastica (creazione di un gruppo di lavoro o riflessione all'interno del Collegio) sulla struttura del Servizio di medicina scolastica. In particolare, appare necessaria una discussione rispetto all'introduzione della figura dell'infermiera scolastica sul territorio, all'introduzione del Medico cantonale scolastico, alla statalizzazione del ruolo del medico scolastico o a delle soluzioni intermedie in funzione delle risorse finanziarie.
- Riflessione all'interno del Servizio di medicina scolastica sui compiti che i medici scolastici sono effettivamente disposti a svolgere secondo loro competenze e i loro interessi, per partecipare a definire in modo chiaro i ruoli occupati dai diversi attori nell'ambito della promozione della salute nella scuola.

7.2 CONTENUTO

- Il contenuto delle azioni preventive ed educative nell'ambito della promozione della salute deve tener conto delle tematiche, dei bisogni e dei problemi di salute prioritari, che sono prevalentemente di natura psico-sociale. Appaiono primordiali i seguenti bisogni e tematiche: alimentazione sana, movimento, ritmi di vita del bambino, sviluppo delle capacità psico-sociali (autostima, senso critico, rispetto, autonomia, espressione dei sentimenti, gestione delle relazioni e dei conflitti). L'attenzione va focalizzata in particolare sulla prevenzione dei disagi di natura psico-sociale riscontrati (obesità, stress, mal di testa, stanchezza, allergie, mancanza d'autostima, passività, ecc.).

7.3 MODALITÀ D'INTERVENTO

- Tra gli interventi in ambito preventivo e educativo, l'accento va posto sulla formazione rivolta a docenti e genitori (impartita in collaborazione con altri professionisti ritenuti pertinenti in funzione delle tematiche, e coinvolgendo gli attori scolastici).

- Intensificare il lavoro di rete (coordinazione, collaborazione e concertazione) con i professionisti degli altri servizi, con gli attori della scuola, e con altri professionisti che intervengono a livello della promozione della salute in ambito scolastico.
- Creare dei gruppi di lavoro multidisciplinari su modello del Circondario I (a livello di circondario e/o a livello cantonale) per pianificare e realizzare gli interventi educativi/preventivi, identificando gli attori pertinenti (anche nell'ambito del Forum della promozione della salute).

BIBLIOGRAFIA

- Ackermann-Liebrich U, Sennhauser R. *Prise de position concernant l'offre en matière scolaire en Suisse*. Bulletin des médecins suisses 2001; 82(14): 715.
- Allot M, Robb M. *Understanding health and social care*. London: Sage; 1998.
- Bach R, Böösterli C, Kern W, Kuchler F, Rothenfluh E. *Manifeste de la promotion de la santé en milieu scolaire*; 2001.
- Baierlé J.-L. *Santé scolaire: Pour une nouvelle politique de la santé à l'école*. Sozial- und Präventivmedizin 1997; 42: 332-41.
- Baierlé J.-L. *Pour la santé scolaire*. Bulletin des médecins suisses 2001; 82(5): 189-92.
- Barazzoni F. *Pour une réorientation de la médecine scolaire dans le secteur primaire du Canton du Tessin: vers un service de santé scolaire*. Diplôme de santé publique, Faculté de médecine, Université de Genève; 1993.
- Barazzoni F. *Per un riorientamento della medicina scolastica nella scuola elementare nel Cantone Ticino: verso un servizio di salute scolastica*. TMT 1997; 58: 515-9.
- Bouvier P, Jeanneret O. *Dépistage et pédiatrie: Aspects psychosociaux et approches éthiques*. Médecine et Hygiène 1998; 56: 317-25.
- Cassis I. *La medicina scolastica nell'era della LAMal*. TMT 1997; 62: 452-6.
- Cassis I, Guidotti S, Macchi S, Giambonini S. *La riforma della Medicina scolastica*. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 1998 (Salute pubblica no 5).
- Galfetti A, Lazzaro M, Bianchetti L, Delgrosso I, Raggi M, Cassis I. *La vaccinazione contro l'epatite B nella scuola media*. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 1999 (Salute pubblica no 8).
- Hoigné C. *Idées pour une école favorable à la santé*. Focus 2001; 9: 16-7.
- Müller R. *Etre enfant en Suisse aujourd'hui*. Focus 2002; 12: 18-9.
- OFSP *Prévention et promotion de la santé chez les jeunes*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1999.
- OFSP *Ecoles et santé. Les projets en cours 2000/2001*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2001.
- OFS *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2000.
- OMS *La promozione della salute nella scuola*. Quaderni di sanità pubblica 1998; 105(21).
- Petrillo G. *Psicologia sociale della salute*. Napoli: Liguori Editore; 1996.
- Renschler I, Maggi J, Cattacin S & Hausser D. *Nouvelles orientations et modèles de politiques de la santé en Suisse*. Rapport de recherche, Fond national de la recherche scientifique; 2002.
- Solano I, Coda R. *Relazioni, emozioni, salute*. Roma: Piccin Nuova Libreria; 1994.

WHO *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization; 1986.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 GRIGLIA DELL'INTERVISTA

Nella prima parte dell'intervista vorremmo porle alcune domande sulla definizione della prevenzione e dell'educazione alla salute nelle scuole per i bambini tra i 6 e gli 11 anni

1. Cosa intende lei per prevenzione e educazione alla salute nelle scuole per i bambini tra i 6 e gli 11 anni? Quali sono gli aspetti principali o le azioni che dovrebbero caratterizzarle?
2. Negli ultimi anni, quali sono state le principali azioni di prevenzione e educazione alla salute per i bambini di questa fascia di età e quali sono stati gli attori coinvolti? C'è stata un'evoluzione a questo livello e a quello della definizione della prevenzione?
3. Qual è il ruolo tenuto dal suo servizio o dalla sua professione nell'ambito della salute nelle scuole?
4. A suo avviso, quali sono i bisogni più rilevanti dei bambini di questa età nell'ambito della salute e dell'educazione alla salute?
5. Secondo lei, quali sono i problemi di salute e le fragilità più importanti che si riscontrano nei bambini di questa fascia di età?
6. Quali sono secondo lei i principali fattori psico-sociali e ambientali favorevoli alla salute?

Vorremmo porle ora alcune domande che riguardano più precisamente il ruolo del medico scolastico e del servizio di medicina scolastica nella prevenzione e nell'educazione alla salute per i bambini tra i 6 e gli 11 anni.

7. Come caratterizza il ruolo tenuto sino ad ora dal medico scolastico nell'ambito della prevenzione o educazione alla salute per i bambini di questa fascia di età? E quale è stato il coordinamento con gli altri attori coinvolti nella salute scolastica? C'è stata un'evoluzione a questo livello?
8. Quale dovrebbe essere secondo lei il ruolo e quali le competenze del medico scolastico nella prevenzione e nell'educazione alla salute per i bambini di questa fascia d'età? E quale dovrebbe essere il coordinamento con gli altri attori?
9. A quali attori, inoltre, compete la prevenzione e l'educazione alla salute per i bambini di questa fascia d'età (famiglia, insegnanti, medico di famiglia, mediatori, etc.)? E come dovrebbero coordinarsi tra loro e soprattutto rispetto al medico scolastico?
10. Se si dovesse creare in futuro un corso di educazione alla salute per i bambini, quale dovrebbe essere secondo lei il ruolo del medico scolastico? Tale iniziativa potrebbe partire secondo lei dal Servizio di medicina scolastica? Quali sono gli altri attori da coinvolgere?

11. Sempre nell'eventualità di un tale corso di educazione alla salute, quali dovrebbero essere secondo lei i temi trattati, le strategie educative e quali gli attori di tale insegnamento?

ALLEGATO 2 LISTA DELLE PERSONE INTERVISTATEAutorità scolastiche:

- D. Erba (Capo Divisione della scuola)
- M. Guzzi (Direttore Ufficio dell'insegnamento primario)
- M.L. Delcò (Direttrice Ufficio dell'educazione prescolastica)

Ispettori scolastici:

- F. Garzoni
- T. Franchi
- E. Nessi
- R. Ritter

Direttore scolastico:

- A. Tommasini

Docenti:

- G. Demarmels
- G. Fornera
- L. Schlegel
- R. Marioni
- C. Siegenthaler
- A. Solcà
- D. Schlenker

Servizi:

- S. Crivelli (Sostegno pedagogico IV circondario)
- F. Leoni (Sostegno pedagogico VIII circondario)
- I. Robbiani (Ufficio dell'educazione fisica scolastica)
- P. Morini (Servizio ortopedagogico itinerante)

Esperti della prevenzione:

- A. Gianinazzi (DSS)
- C. Ribi (RADIX)

Genitori:

S. Brambilla (Comitato Cantonale dei Genitori, CCG)

I. Avosti

Medici scolastici:

Dr.ssa M. Christe-Pedrazzi

Dr. I. Del Grosso

Dr. V. D'Apuzzo

Dr. G. Romano

Dr. M. Mariotti

Dr. G. Bernasconi

Dr. M. Raggi

Dr. L. Bianchetti

Dr. S. Giambonini

Lista delle pubblicazioni

"SALUTE PUBBLICA"

- No 1 Cassis I. **Le attività e le risorse umane dell'Ufficio**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 1997 (esaurito).
- No 2 Lazzaro M, Cassis I. **Lotta alla TB nel Cantone Ticino**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 2002 (2. edizione). CHF 10.-
- No 3 Lazzaro M, Cassis I. **Medicina preventiva ospedaliera**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 2000. CHF 8.-
- No 4 Cassis I. **Inventario della attività di medicina fiduciaria e basi legali**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 1998 (esaurito).
- No 5 Cassis I, Guidotti F, Macchi S, Giambonini S. **La riforma della medicina scolastica – Da un'opera di medicina scolastica a un servizio di salute scolastica**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale, 1998. CHF 15.-
- No 6 Quadranti A, Pioppi L, Cassis I. **L'assistenza in istituti per invalidi adulti – Quantificazione delle prestazioni tramite cronometraggio**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 1998. CHF 15.-
- No 7 Cerutti B, Dell'Acqua B, Inderwildi L, Bosia C, Cassis I. **Traitement à la méthadone 1998-2002: Formation postgraduée et continue pour les médecins du Canton du Tessin**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 8 Galfetti A, Lazzaro M, Bianchetti L, Delgrosso I, Raggi M, Cassis I. **La vaccinazione contro l'epatite B nella scuola media – Pianificazione e realizzazione di una campagna di vaccinazione**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 1999. CHF 20.-
- No 9 Lazzaro M, Galfetti A, Cassis I. **Epatite B e agenti di polizia – Percezione del rischio di contagio**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 10 Lazzaro M, Bihl F, Cassis I. **Sieroprevalenza dell'epatite B tra gli agenti di polizia**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 11 Benvenuti C, Cassis I. **La qualità degli istituti di cura per persone anziane**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 12 Benvenuti C, Denti C, Cassis I. **Strumento di valutazione dei bisogni di cura e informatizzazione della cartella sanitaria negli istituti per persone anziane**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 13 Guglielmetti A, Monotti R, Mossi G, Poncini M, Cassis I. **Istituto di cura Valmaggese di Cevio e Someo**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 2001. CHF 10.-
- No 14 Cassis I. **I mandati di prestazione per la psichiatria stazionaria nel Cantone Ticino**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 15 Galfetti A, Lazzaro M, Cerutti B, Cassis I. **La copertura vaccinale degli allievi di scuola media in Ticino**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 16 Della Santa M, Benvenuti C, Cassis I. **Sperimentazione della carta sanitaria - studio di fattibilità**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 2002. CHF 15.-
- No 17 Corà G, Cerutti B, Lazzaro M, Bernasconi E, Barazzoni F, Cassis I. **La vaccinazione contro l'influenza presso il personale degli ospedali pubblici**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 18 Poretti I, Poretti F. **L'impatto della campagna di vaccinazione contro l'epatite B nella scuola media in Ticino - Le opinioni di direttori, medici, farmacisti e genitori**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 2003. CHF 15.-
- No 19 Mancuso P, **Sperimentazione della carta sanitaria: L'importanza della comunicazione**. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.

- No 20 Galfetti A, Lazzaro M, Cerutti B, Cassis I. **Valutazione globale della campagna di vaccinazione contro l'epatite B in Ticino.** Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; in preparazione.
- No 21 Maggi J, Losa S, Cattacin S. **Promozione della salute nella scuola elementare ticinese: il ruolo del medico scolastico.** Bellinzona: Ufficio del medico cantonale; 2003. CHF 20.-

Bollettino di comanda

Ufficio del medico cantonale
Via Dogana 16
CH - 6501 Bellinzona

Bulletin de commande
Bestelltalon

Tel. +41 91 814 4005
Fax +41 91 814 4446
e-mail franziska.maccanetti@ti.ch

Desidero ricevere

Veillez m'envoyer
Bitte liefern Sie mir

Rapporto no. _____ Autori Titolo Numero di copie _____
Rapporto no. _____ Autori Titolo Numero di copie _____ Serie completa dei rapporti <input type="checkbox"/>

All'indirizzo seguente

A l'adresse suivante
An folgende Adresse

Cognome Nome / *Nom Prénom* / Name Vorname

.....

Istituzione / *Organisme* / Institution

.....

Indirizzo / *Adresse* / Adresse

.....

CAP Località / *CP Lieu* / PLZ Ort

.....

Telefono

Fax

e-mail