



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**LA PROMOZIONE DELLA SALUTE A CURA
DELL'INFERMERE SCOLASTICO: FRONTIERE E
RISORSE DELLA SANITA' DEL XXI SECOLO**

Relatore: Dott.ssa

**SIMONETTA
CONCETTONI**

Tesi di Laurea di:

LORENZA VERDESCA

A.A. 2020/2021

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno
degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia,
si lavora, si gioca e si ama.

La salute è creata prendendosi cura di sé stessi e degli altri,
essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo
sulle diverse circostanze della vita..."(Carta Ottawa, 1986)

PREMESSA

Il moderno concetto di salute, il contesto storico-scientifico di riferimento, e gli ambiti di intervento sanitario di contro all' orientamento pedagogico verso l'educazione globale permanente, la varietà degli scenari educativi, le certificate competenze civiche per un nuovo senso di umanesimo auspicano la sistematizzazione giuridica, deontologica e professionale dell'infermiere scolastico.

È in tale prospettiva che si ritrova la ratio del presente studio: portare a discussione, attraverso l'exkursus dei quadri normativi per la tutela della salute, l'analisi delle evidenze e la riflessione intorno alle azioni di promozione del benessere psicologico- fisico, la promozione della salute a cura dell' infermiere scolastico come una nuova frontiera e risorsa della sanità del XXI secolo la dimostrazione che in Italia la presenza giuridicamente definita e legiferata dell'infermiere scolastico non è più prorogabile, perché la storia non lo permette, ne derogabile, perché la caratterizzazione del ruolo e dell'agito ne riconoscono unicità, insostituibilità, irrinunciabilità.

Hic e nunc, perché il tecnico ad alta specializzazione, l'infermiere scolastico, operi con specificità, intenzionalità e sistematicità, risultanti dalla partecipazione attiva e consapevole dei sanitari, nei processi di alfabetizzazione e di formazione alla tutela e alla promozione della salute individuale e sociale.

Qui si comprenderà quanto le conoscenze e le abilità, oltre alle competenze attese e alla responsabilità assunte da questa figura specialistica, chiaramente nelle attuali attenzioni professionali, non siano nuove ma ancora più importanti e impegnative, non delegabili e non trasferibili a referenti di progetto perché ascrivibili a un sapere olistico, a sapere fare sanitario di accezione ampia, dinamica e flessibile e a sapere essere non un valore aggiunto ma fondante tra i soggetti reggenti una comunità educate per una società sana.

Nel tempo i concetti, i provvedimenti, le sperimentazioni evolute si sono dimostrate una buona base per avvalorare la scelta, fino a qualche tempo fa coraggiosa, delle istituzioni, in questo caso la scuola, che hanno già inserito come prassi nel proprio sistema di risorse umane, anche colui o colei formata, individuata e incaricata di leggere bisogni reali, scrivere, mediare resistenze, attivare abitudini, facilitare condivisioni, governare aggiornamenti, insomma ad assumere un ruolo di primissimo piano, irrinunciabile, frontiera e risorsa della sanità del XXI sec.

INDICE

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE	1
1.1 LA SALUTE È UN DIRITTO PREZIOSO	1
1.2 LE CARTE DEI DIRITTI DEI CITTADINI: GARANZIE DI TUTELA	4
1.3 GLI IMPEGNI E I PRINCIPI DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE.....	7
CAPITOLO 2 – OBIETTIVO	9
2.1 L’INFERMIERE DI COMUNITÀ SCOLASTICA	9
2.2 SAPERE, SAPER FARE, SAPER ESSERE	10
2.3 MAESTRO DI EDUCAZIONE SANITARIA.....	13
2.4 SEGNI E SEGNALI	15
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	18
3.1 LE EVIDENZE SCIENTIFICHE AL SERVIZIO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	18
3.2 LE FACILITAZIONE DI DIALOGO TRA IL SETTORE SANITARIO E SCOLASTICO.....	20
3.3 VERSO UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE.....	24
CAPITOLO 4- RISULTATI	27
4.1 STESURA DI UN PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	27
DISCUSSIONE	34
CONCLUSIONE	36
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	38

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE

1.1 LA SALUTE È UN DIRITTO PREZIOSO

L'opera dell'infermiere scolastico ha lo scopo di "Favorire la comunicazione delle informazioni riguardanti le condizioni sociali, economiche ed ambientali che hanno un impatto sulla salute, così come i fattori di pericolo individuali ed i comportamenti a rischio, nonché l'utilizzo del sistema sanitario."

Esso va affrontato nella prospettiva di creare le condizioni educative, organizzative e attuative per la promozione di campagne di prevenzione e di sensibilizzazione che educino alle sane abitudini; ai corretti stili di vita e di salvaguardia rispetto ad igiene, alimentazione, dipendenze, attività motoria, educazione all'affettività e sessualità... dei bambini e delle bambine di età compresa tra 3 e 16 anni: ecco in evidenza il problema affrontato per infermieristica.

Si risponde così con nuove risorse professionali e a nuove frontiere della sanità del XXI secolo che disegna senza dubbio il contesto entro il quale si manifesta l'evoluzione del concetto di salute nella cultura del nostro tempo, presupposto questo che giustifica la presenza dell'infermiere scolastico negli scenari formativi-sanitari.

Nelle società contemporanee esso ha assunto, nel tempo e nello spazio, significati e significanti intesi nell'accezione sempre più ampia del termine stesso.

Si sono andate superando, dunque, le definizioni puramente linguistiche e tecniche e si sono via via completate con una terminologia integrata di carattere filosofico, sociologico e scientifico padroneggiate per formazione dall'infermiere scolastico.

Alla luce di questi orientamenti, appare evidente che attribuire un significato fisso e definito a "Salute" sia riduttivo e neghi la ricerca negli ambiti di influenza e di sviluppo delle diverse scienze umane.

Storicamente si è inteso spiegare il significato originario del sostantivo Salute con "SALVEZZA"; dal latino "SALVUS", "SALVO"¹.

¹ Howard S. Friedman, Giorgio Santacroce - Universo del Corpo (2000)

E 'il 1946 quando, a New York nella prima conferenza mondiale della sanità, viene rilasciata la prima definizione di Salute "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente come assenza di malattia o infermità"².

Qualche anno prima Henry Sigerist aveva precisato che "la Salute non è semplicemente assenza di malattia è qualcosa di positivo, un'attitudine felice verso la vita e una lieve accettazione delle responsabilità che la vita stessa comporta per l'individuo"³.

E ancora, per Alessandro Seppilli "La Salute è una condizione di armonico equilibrio fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale"⁴.

Sarà finalmente con la Dichiarazione di Alma Ata nel settembre del 1978 che la Salute diviene un diritto umano fondamentale, un risultato sociale e prioritario in tutto il mondo con contributi importanti dei settori economici e sociali oltre che sanitari⁵.

Per concludere un riferimento a Marco Ingrosso che inquadra il concetto di Salute nella "Consapevolezza dei processi in cui siamo rischiosamente immersi, ma di cui non abbiamo un controllo unilaterale, ma che, personalmente e collettivamente, concorriamo a costruire."⁶

Appare evidente la necessità di ricondurre questo breve excursus storico sulla evoluzione del concetto di Salute ad una sintesi che segue due percorsi lungo i quali si fonda, si sostanzia e si orienta oggi la figura dell'infermiere scolastico:

- Accezione negativa:

- Sanità dell'organismo Salute come "assenza di malattia"

- Salute della persona Salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"

- Accezione positiva

- Salute del rapporto persona- ambiente Salute come "condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale".

² Portale del Ministero della Salute <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

³ Sandra Scalorbi "Infermieristica preventiva e di comunità" 2012

⁴ A. Seppilli "La rivoluzione della salute" *Il Pensiero Scientifico*, 1985

⁵ "Dichiarazione Universale di Alma Ata -Traduzione" Paccagnella, B. Marzo 2005

⁶ Ingrosso M.,1994

La conoscenza e la considerazione dei paradigmi di salute nel tempo e nello spazio porta a definire la Salute come un processo educante che si muove tra benessere e malattia “La Salute è una condizione di migliore equilibrio possibile tra individuo o comunità/ambiente”⁷.

È' in questa visione del concetto di salute viene centrata sull'uomo, visto come unità fisica, psichica e sociale, soggetto/oggetto di diritto e dovere inviolabile alla tutela della stessa, cui vengono dedicate le attività che rivestono finalità preventive, di cura e riabilitative. Ad esse sono chiamate a partecipare attivamente tutti protagonisti della costruzione sia della cura sia del benessere, nel senso più ampio del termine, della persona, e qui nello specifico l'infermiere scolastico.

Partiamo da qui per fissare, al di là dell'idea di Salute intesa come assenza di malattia e come benessere alcuni ambiti di coinvolgimento da seguire. La tutela della Salute comprende:

- la salute fisica e psichica della persona;
- la salubrità dell'ambiente e dei luoghi di lavoro;
- gli interventi riabilitativi di qualsiasi natura;
- le azioni per la prevenzione.

Ricapitolando, esistono specifici indirizzi di attenzione rispetto a:

- una ALIMENTAZIONE sana ed equilibrata nella assunzione di principi alimentari fondamentale delle categorie necessarie al metabolismo, al funzionamento dell'organismo e alla produzione di buona energia risulta un dettame riconosciuto e largamente applicato nelle scelte alimentari e produttive del nostro tempo. Migliorabile risulta, invece, tutta una serie di azioni legate ai problemi della alimentazione (malnutrizione, denutrizione, obesità, diabete, anoressia, bulimia, malattia vascolari...) conseguenza di stili di vita, status symbol, patologie cliniche di diversa origine e evoluzione che condizionano lo stato di salute di tutti e di ciascuno;
- una ATTIVITÀ FISICA regolare, non identificabile solo con esercizi ginnici e sportivi, attiva benefici di tipo corporei, psicologici e relazionali nonché i principi di controllo e regolamentazione dei valori morali specifici per il progresso della comunità civile;

⁷ A. Seppilli 1966

- l'attenzione alle dipendenze da sostanze FUMO, ALCOOL E DROGA e da CONDOTTE DISFUNZIONALI evita i disturbi comportamentali, le sofferenze fisiche e gli avvelenamenti di tipo tossico, nonché le alterazioni del sistema nervoso e della percezione della realtà con riflessi sullo sviluppo della personalità;
- la cura delle nostre ABITUDINI FISILOGICHE (sonno, igiene...) meritano semplici ma sistematici accorgimenti di tipo ambientale, dietetico e comportamentale che assicurino la razionalità, l'energia, la concentrazione necessarie per un la gestione autonoma e sicura delle proprie attività giornaliere⁸.

La negazione di quanto sopra elencato può rappresentare solo qualche esempio delle più comuni minacce per la Salute di tutti.

È importante quindi imparare a prevederle, individuarle e combatterle perché LA SALUTE DIPENDE DA NOI.

1.2 LE CARTE DEI DIRITTI DEI CITTADINI: GARANZIE DI TUTELA

I governi moderni hanno, da tempo, riservato grande attenzione alla tutela della salute dei cittadini e delle cittadine legiferando provvedimenti e normative che ne regolamentassero la salvaguardia del diritto/dovere.

Per dovere di semplificazione e sintesi le tappe cronologiche e di compito vengono esemplificate nel seguente schema:

“Evoluzione nelle Normative dei Diritti del Malato: principali carte locali, nazionali, europee e internazionali.”

1948: La Costituzione Italiana nell' Art.32 sancisce che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli ingenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

⁸ S. Milano e F. Ostorero "*Lezioni di educazione civica*" (Loescher, Torino 2021).

1948: La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani proclamata il 10/12/1948 dall'Assemblea Generale dell'Organizzazioni Nazioni Uniti (ONU), fissa che “Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari” (art.25).

1961: La Carta Sociale Europea prevede espressamente il diritto alla protezione della salute (art.119) e il diritto all'assistenza sociale e medica (art.13).

1966: La Convenzione Internazionale dell'ONU sui Diritti Economici, Sociali e Culturali riconosce: “Il diritto ad ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire” e indica le misure che i Paesi parti del patto sono tenute a adottare per dare concreta attuazione al predetto diritto (art.12).

1979: La Carta dei Diritti del Malato identifica una serie di diritti del soggetto affetto da malattia, quali, ad esempio il diritto al rispetto della dignità della persona, il diritto a un rapporto di fiducia con il personale medico ed infermieristico o il diritto all'osservanza del segreto professionale.

1980: La Carta Dei 33 Diritti Del Cittadino Malato protegge pazienti, consumatori, utenti, pazienti, famiglie e soggetti deboli, cui deve essere garantito il diritto ad usufruire delle cure mediche, come previsto dal “modello sociale europeo”.

1995: La Carta Dei Servizi Pubblici Sanitari è uno strumento adottato da tutte le Aziende sanitarie per rendere note le attività offerte ed i livelli di qualità garantiti all'utente, in particolare gli aspetti che riguardano il miglioramento dell'assistenza, il diritto all'informazione, la tutela dei diritti.

2000: La Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea contiene gli ideali su cui si fonda l'Unione europea: i valori universali di dignità umana, libertà, uguaglianza e solidarietà, che si traducono in libertà, sicurezza e giustizia democratica e di diritto per i cittadini tutti.

2002: La Carta Europea Dei Diritti Del Malato, raccoglie i diritti inalienabile del paziente che ogni paese dell'unione europea, attraverso il proprio sistema sanitario, dovrebbe tutelare e garantire: misure preventive, accesso ai servizi, informazione, consenso, libera scelta.

2006: La Carta Dei Diritti Del Disabile approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 a New York, la Convenzione rappresenta il testo di riferimento per tutte le normative e le politiche successive, volte a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità, tanto da essere stata definita “il primo grande trattato sui diritti umani del XXI secolo”.

2015: L' AGENDA 2030 per lo sviluppo sostenibile è un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU. Essa ingloba 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile –in un grande programma d'azione per un totale di 169 ‘target’ o traguardi.

Gli Obiettivi per lo Sviluppo danno seguito ai risultati degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals) che li hanno preceduti, e rappresentano obiettivi comuni su un insieme di questioni importanti per lo sviluppo: la lotta alla povertà, l'eliminazione della fame e il contrasto al cambiamento climatico, per citarne solo alcuni. Essi riguardano tutti i Paesi e tutti gli individui: nessuno ne è escluso, né deve essere lasciato indietro lungo il cammino necessario per portare il mondo sulla strada della sostenibilità⁹.

Le Carte dei diritti sono documenti pubblici e normativi, convinzioni ed enunciazioni di principi che prendono in considerazione i diritti e i doveri fondamentali dell'uomo, vale a dire la tutela della dignità e dell'integrità a livello nazionale, locale, europeo e internazionale.

Esse sono il frutto di un'intesa consultazione popolare nei quali sono identificati specifici diritti dei cittadini, nati dall'esperienza quotidiana, al fine di dare una completa attuazione al più generale diritto alla Salute previsto dalla Costituzione. Ancora, le carte costituiscono un valido punto di riferimento per conoscere gli effettivi bisogni dei cittadini sul territorio, allo scopo di erogare servizi e prestazioni più aderenti alle aspettative della popolazione.

⁹ N. D'Amico C. D'Amico *Cittadinanza e Costituzione - Il manuale del vivere civile*. Zanichelli editore S.p.A. 2009

1.3 GLI IMPEGNI E I PRINCIPI DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

In osservanza e attuazione delle diverse normative di riferimento interviene il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) definito come un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie. Un sistema costituito da una fitta rete di regole, relazioni, capacità e volontà, riferimento istituzionale e operativo-strutturale entro cui l'infermiere scolastico ritrova le caratterizzazioni funzionali e scientifiche per prendersi cura dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze in modo ineccepibile, garantendo accoglienza, assistenza, accudimento, sicurezza, efficacia clinica, appropriatezza, essenzialità, osservanza delle norme giuridiche e dei principi etici.

Tre sono i principi fondamentali e inviolabili su cui si basa, il Servizio Sanitario Nazionale dalla sua istituzione avvenuta con la legge n.883 del 1978, l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

Universalità ossia l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione; il Servizio Sanitario Nazionale applica attraverso questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con una organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Aziende sanitarie locali, dalle Aziende ospedaliere e da strutture private. Tutti garantiscono in modo uniforme i Livelli essenziali di assistenza alla popolazione.

Uguaglianza in cui i cittadini devono accedere alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Ai cittadini, che non appartengono a categorie esenti, è richiesto il pagamento di un ticket.

Equità dove a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie¹⁰.

¹⁰ Portale del Ministero della Salute <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

I principi fondamentali sono affiancati dai principi organizzativi che sono basilari per la programmazione sanitaria. I più importanti sono: la centralità della persona, la responsabilità giuridica per la tutela del diritto alla salute, le collaborazioni istituzionali a livello centrale e periferico tra i livelli di governo del Servizio Sanitario Nazionale, la valorizzazione morale, civile e specialistica degli operatori sanitari e l'efficace integrazione tra le risorse dei sistemi educativi e culturali del nostro tempo; in sintesi si tratta di un'attenzione, un'attribuzione, un contributo, una formazione e una condizione che caratterizzano la promozione della salute a cura dell'infermiere scolastico- frontiere e risorse della Sanità del XXI secolo.

CAPITOLO 2 – OBIETTIVO

2.1 L'INFERMIERE DI COMUNITÀ SCOLASTICA

Lo scopo del lavoro fin qui trattato come oggetto di elaborato “LA PROMOZIONE DELLA SALUTE A CURA DELL'INFERMIERE SCOLASTICO: FRONTIERE E RISORSE DELLA SANITA' DEL XXI SECOLO” richiede chiarezza e puntualità nella definizione degli obiettivi che coincidono con la giustificazione stessa della esistenza dell'infermiere nella scuola. Essi diventano quella coscienza che dà senso e significato a questa nuova sfida della dimensione olistica del concetto di salute e della attuale materia scientifica.

- La promozione e l'educazione alla salute, anche attraverso l'effettuazione valutazioni sanitarie e ambientali.
- Il sostegno e lo sviluppo di buone pratiche calate sul singolo contesto di comunità per la promozione della salute e della prevenzione.
- La diffusione nelle scuole dei programmi di salute pubblica, con attività di consulenza anche in tema di health literacy.
- Il fondamento in caso di disabilità e cronicità.
- La creazione e l'identificazione di utilità di collaborazione e collegamento tra enti e con altri stakeholder per lo sviluppo di politiche di benessere, in quanto capace, per la propria formazione, competenza specifica di traduttore e connettore e connettore sistemico.

Parlare, oggi, della Professione Infermieristica riporta necessariamente un passo indietro nel tempo, quasi a ripercorrere le tappe fondamentali che hanno fatto la storia degli infermieri. Dalla madre-soccorritrice alle intuizioni di Florence Nightingale è possibile segnare le basi dell'evoluzione del processo di professionalizzazione dell'infermiere moderna andata di pari passo con un parallelo processo di riforma culturale.

Ricondurre la competenza infermieristica alla fornitura e alla somministrazione di farmaci, alla rilevazione dei parametri vitali (frequenza cardiaca e respiratoria, stato di coscienza...), alla misurazione della temperatura corporea e della pressione sanguigna, alla pratica di iniezioni, alla compilazione delle cartelle cliniche, alla preparazione di

terapie endovenose (fleboclisi), all'allestimento e al controllo delle attrezzature mediche, alla raccolta di campioni (sangue, urina, feci, tessuti...) necessari per i diversi esami medici, ai bendaggi e alle fasciature... appare davvero uno scenario di altri tempi.

Nel febbraio 2017 il Consiglio di amministrazione della National Association of School Nurse (NASN) ¹¹ha adottato la seguente definizione:

“L’infermiere scolastico prevede una pratica di infermieristica avanzata, protegge e promuove la salute degli studenti, facilita lo sviluppo ottimale e promuove il successo accademico. Gli infermieri scolastici, fondano il loro agire su di una pratica etica e basata sull’evidenza, collegano l’assistenza sanitaria e l’istruzione, forniscono il coordinamento dell’assistenza, sostengono un’assistenza di qualità centrata sullo studente e collaborano per progettare sistemi che consentano agli individui e alle comunità di sviluppare il loro pieno potenziale”¹².

Piuttosto che obiettivi di routine e pratiche mediche che si sono dimostrate obsolete e insufficienti si mira a costruire servizi sanitari scolastici utilizzando interventi efficaci per migliorare la salute dei bambini e delle bambine in età scolare e degli adolescenti.

È possibile comprendere l’ambito di intervento dell’infermiere nella scuola, riferendosi a documenti di posizionamento elaborati dalla National Association of School Nurses che riportano un elenco ad ampio raggio delle attività previste dall’infermiere scolastico comprensivo dei punti fondamentali e di note di attualità che connotano le conoscenze, le attività e le competenze dell’infermiere scolastico.

2.2 SAPERE, SAPER FARE, SAPER ESSERE

Negli ultimi anni ineludibile è stato il passaggio nella professione infermieristica da una applicazione delle competenze at work a working with competencies; vale a dire da “competenza al lavoro” a “lavorare con le competenze, una dimensione allargata e strutturata per l’accesso al mondo della formazione e della educazione.

¹¹ La National Association of School Nurses (NASN) è stata fondata nel 1979 e rimane la più grande associazione di infermieri scolastici americane e il fulcro per le associazioni affiliate di ciascuno stato.

¹² NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES <https://www.nasn.org/about-nasn/about>

È la storia che ha assegnato questo difficile compito ad uno specialista sanitario, qui l'infermiere scolastico, al quale viene richiesto di attivare, in tale prospettiva, composizione personale e formazione professionale innescate in una combinazione di:

- conoscenze teoriche legate al sapere disciplinare scelto in base a quanto è necessario per lavorare, pratiche legate al contesto in cui si opera e ai collaboratori;
- capacità che si esprimono secondo una logica di processo, dove si evidenziano tre fasi consecutive: il prima dove si analizza, il durante dove si attua, il dopo in cui si valuta;
- caratteristiche individuali che portano un valore aggiunto alla prestazione, che non sono riconducibili totalmente alle conoscenze o alle capacità, legate invece alla personalità, intelligenza, immagine di sé, esperienza.

Sono riconoscibili con chiarezza:

- competenze di base insieme di competenze (informatiche, linguistiche, organizzative, legislative e normative, relativi a contesti e settori lavorativi) non specifiche di un contenuto lavorativo, che appaiono cruciali per il cittadino-lavoratore e sono ritenute consensualmente “pre-requisito” per l’accesso alla formazione e per una migliore occupabilità e crescita professionale;
- competenze tecnico-professionali quelle conoscenze (le informazioni e i “saperi” tecnici) e quelle abilità tecniche e operative specifiche di un dato lavoro che sono ricavabili dall’analisi delle attività che caratterizzano i processi lavorativi di riferimento;
- competenze trasversali quelle competenze essenziali al fine di produrre comportamenti professionali in grado di trasformare un “sapere” tecnico in una performance lavorativa e organizzativa efficace¹³.

L’analisi delle competenze deve oscillare tra una dimensione oggettiva (contesto, processi, compiti, tecnologie, informazioni) e una dimensione soggettiva (risorse personali, motivazioni, tratti di personalità, potenzialità cognitive e relazionali, immagine di sé, conoscenza e abilità).

Alla base della definizione della competenza contribuiscono quindi, in misura differente, motivazioni, tratti della personalità, valori, interessi, abilità e conoscenze.

¹³ G. Di Francesco, Franco Angel, *Unità Capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro* ISFOL (1998)

Una buona formazione alla professione deve essere in grado di operare su tre fronti: sapere, saper fare e saper essere. Si tratta di tre livelli formativi che preparano alla professione per fornire gli strumenti teorici, pratici e, soprattutto, esistenziali che permetteranno di farsi a propria volta catalizzatori di un processo di promozione alla salute e di educazione.

"Sapere" riguarda la conoscenza teorica, il quadro di riferimento in cui inserire il proprio operare. L'infermiere può avere diversi indirizzi, ma nella maggior parte delle sue specializzazioni, si appoggia alla visione dell'uomo elaborata dalla psicologia umanistica. Una buona conoscenza del paradigma di riferimento, nonché della specifica metodologia è fondamentale per poter svolgere accuratamente il proprio lavoro. Così come è importante una costante disponibilità all'aggiornamento, all'ampliamento delle proprie conoscenze integrandole anche con orientamenti diversi.

"Saper fare" è la pratica. Gestione delle dinamiche interpersonali, rispecchiamento e accoglienza delle emozioni, lettura del linguaggio corporeo, gestione delle proiezioni - proprie e dell'interlocutore - sono abilità che si sviluppano nell'ambito di un gruppo di formazione, attraverso simulazioni di sedute di counseling e tanto esercizio.

"Saper essere" è il punto più delicato, riguarda la capacità dell'Infermiere di "esserci nella relazione", e quindi di conoscere bene sé stesso, prima di tutto. Tutti quegli atteggiamenti che dovranno essere utilizzati con un paziente dovrà metterli in atto prima di tutto con sé stesso: ascolto, empatia, accettazione e rispetto.

Riassumendo, si può dire che alla luce di quanto fin qui affermato, negli ultimi anni il mondo sanitario è stato protagonista di molti cambiamenti e di profonde trasformazioni, di tipo culturale ed economico. Lo sviluppo della tecnologia, delle professioni sanitarie diverse da quella medica, l'invecchiamento della popolazione hanno fatto sì che il rapporto tra domanda ed offerta di salute subisse delle profonde trasformazioni, necessitando di operatori della salute formati e capaci dinanzi alle esigenze e alle emergenze sanitarie.¹⁴

¹⁴ Il Codice Deontologico <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/>
<https://www.fnopi.it/>

2.3 MAESTRO DI EDUCAZIONE SANITARIA

Premesso ciò, resta da dire che un operatore sanitario deve essere in grado di attivare nell'altra persona un «apprendimento costruttivo, cioè quell'apprendimento che avviene quando il soggetto è in grado di mettere in pratica nella realtà il significato di ciò che ha imparato e di farlo suo personale».

L'educazione sanitaria può ovviamente avere un'incidenza diversa nella vita delle persone in genere e per quanto concerne l'infermiere scolastico, egli soprattutto deve comprendere quanto la salute degli studenti sia influenzata dai comportamenti individuali ma anche da incidenza esterne che indirettamente influenzano la vita dei giovani troppo spesso intenti a seguire modelli sbagliati.

Il raggiungimento dell'obiettivo può essere suddiviso in varie fasi che prevedono:

1. un'identificazione dei bisogni mediante accertamenti che testimoniano il bisogno di educazione sanitaria;
2. un'identificazione dei destinatari. È chiaro che si parla comunque di studenti ma va specificato che gli interventi educativi dell'infermiere scolastico possono essere rivolti a tutti gli studenti in generale ma anche a particolari categorie e per specifiche richieste ed esigenze;
3. definizione delle finalità educative: Una volta identificati i bisogni dell'intervento ed i destinatari, è necessario che l'infermiere comprenda quali finalità educative intende perseguire e provvedere ad organizzare il proprio intervento a seconda degli obiettivi che s'intende raggiungere che possono così essere identificati e soprattutto differenziarsi a seconda delle esigenze e degli obiettivi da raggiungere che possono essere i seguenti:

- SENSIBILIZZAZIONE
- CONOSCENZA
- CONSAPEVOLEZZA
- DISPONIBILITA' AL CAMBIAMENTO
- ASSUNZIONE DI DECISIONI

L'infermiere scolastico deve scegliere quegli strumenti e quelle attività che, a suo dire, meglio di altre possono contribuire a raggiungere gli obiettivi. Se ad esempio l'obiettivo è la semplice conoscenza di uno stile di vita eco-sostenibile o di una corretta educazione alimentare allora potrà essere anche improntata su un incontro che inizia con l'illustrazione di immagini.

Diversamente, un'idea solitamente utilizzata nella promozione dell'educazione sanitaria è anche la distribuzione di brochure informative dove vengono indicati recapiti cui rivolgersi in caso di bisogno. È questo uno strumento che facilita l'anonimato e induce a chiedere aiuto nel momento del bisogno.

Ben diverse dovranno essere le attività didattiche che hanno la finalità di sviluppare negli studenti un atteggiamento di disponibilità al cambiamento. Talvolta è necessario integrare vari metodi educativi ripetuti nel tempo: discussioni di gruppo, esercizi di role -play e brainstorming.

Per quanto concerne il role play si tratta di una tecnica formativa che comporta la “messa in scena” di situazioni ipotetiche, con alcuni allievi nel ruolo di attori ed altri di Brainstorming è un termine inglese il cui significato letterale è “tempesta di cervelli”. Questa espressione è entrata nell'uso comune per indicare una modalità di lavoro di gruppo in cui viene sfruttato il gioco creativo dell'associazione di idee: la finalità è fare emergere diverse possibili alternative in vista della soluzione di un problema.

Ogni persona del gruppo è stimolata a produrre in modo creativo quante più idee in una sessione di lavoro: ogni pensiero è registrato e poi discusso all'interno del gruppo e solo in un secondo tempo viene eseguita una cernita qualitativa delle idee.

La comunicazione tra infermiere e studenti è fondamentale. Fare delle domande e promuovere il confronto permette a chi deve imparare, di ascoltare l'opinione e la prospettiva degli altri che magari non avevano considerato: l'apprendimento, infatti, risulta più efficace rispetto a quando viene solo richiesto di ascoltare passivamente. È importante tener conto delle conoscenze già possedute degli studenti per evitare di insegnare cose già conosciute o viceversa di parlare ad un livello troppo complesso e non facilmente comprensibile tanto da indurre a conoscenze confuse. Altro elemento fondamentale è quello di ricercare sempre un feedback, cioè capire in sede di discussione cosa i ragazzi hanno appreso in modo da apportare le eventuali correzioni. La

condivisione sociale delle esperienze che promuovono salute risulta un essenziale punto di forza dei processi che affidano motivazione e successo agli impianti educativi¹⁵.

2.4 SEGNI E SEGNALI

Con l'espressione "promozione della salute" si intende il processo che conferisce agli individui i mezzi e le conoscenze per avere un maggior controllo sul loro livello di salute, oltre che migliorarlo¹⁶.

È dimostrato dalle varie scienze umane e mediche quanto le scuole che promuovono salute sostengano migliori processi di insegnamento e di apprendimento e lavorano di concerto con l'intera comunità agendo attivamente per rafforzare il capitale sociale e l'alfabetizzazione alla salute.

Molti degli studi scientifici analizzati dimostrano che nei Paesi nei quali è stata introdotta ed implementata questa figura hanno ottenuto degli importanti risultati di salute sulla popolazione scolastica (e non solo) in termini principalmente di empowerment (inteso come il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute) e di engagement (le persone esercitano un ruolo molto più attivo nel loro percorso di promozione alla salute e di cura).

L'infermiere scolastico è attivo in molti paesi europei ed extraeuropei, è una figura di raccordo con il pediatra di libera scelta e il medico di assistenza primaria, gli specialisti, i distretti sociosanitari, la scuola e la famiglia.

La commissione parlamentare dell'Andalusia, a partire dall'anno scolastico 2017-2018, ha introdotto la figura dell'infermiere scolastico riconoscendone di fatto il ruolo di promotore della salute.

La prevenzione è l'obiettivo primario del sistema sanitario spagnolo, per questo motivo il compito principale dell'infermiere scolastico sarà quello di portare avanti campagne e

¹⁵ <https://www.galileonet.it>

¹⁶ Alberto Zucconi, Patty Howell *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società* editore La meridiana , 2015

progetti a favore della salute, effettuando anche promozione ed educazione all'interno delle scuole.

Anche all'interno delle scuole americane vi è la figura dello School Nurse che è responsabile della salute degli studenti iscritti presso l'istituto scolastico dove svolge il suo lavoro. Si occupa di garantire prestazioni di primo soccorso, effettua test di screening e indirizza gli studenti verso medici specialisti in caso di sospetto di patologie. Può inoltre somministrare farmaci che gli studenti devono assumere nell'orario scolastico ed è responsabile della segnalazione di abusi su minori e maltrattamenti in famiglia, oltre che garantire il supporto psicologico agli studenti.

Per quanto riguarda l'Italia invece, la newsletter Infermieri Roma new a cura dell'Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma riporta la proposta del 2010 della radicale Emma Bonino che prevedeva di rendere obbligatoria la presenza nelle scuole degli infermieri – richiesta però mai accolta¹⁷.

Eppure, molti sono le pronunce a favore:

“La scuola in Italia, può diventare quel luogo in cui l'infermiere scolastico può esprimere le proprie potenzialità e competenze, diventando una valida risposta ai nuovi bisogni di salute, in un'ottica, comunque di razionalizzazione della spesa sanitaria, senza togliere qualità al servizio nazionale italiano¹⁸”.

“Appare utile prevedere nella riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, in previsione anche di una maggior impulso alle attività di prevenzione, educazione sanitarie e sostegno ai bisogni della popolazione in tutte le fasce di età, una figura di “infermiere scolastico” che darebbe sicuramente seguito nel migliore dei modi alla necessità di assistenza e di implementazione dei determinanti di salute¹⁹”.

Ma anche dubbi e perplessità:

- il n. delle sedi scolastiche è molto elevato (53.541), così come il n. di alunni / studenti (8.561.793);
- gli alunni / studenti con disabilità (presumibilmente comprendente anche le condizioni di fragilità e cronicità) sono un numero importante (245.723);

¹⁷ <https://www.fnopi.it>

¹⁸ Moschetti, 2015

¹⁹ B. Mangiacavalli, 2020

- le ipotesi di professionisti dedicati e “in presenza” (12.000 medici e/o 9.000 infermieri ... per quali attività / funzioni?) sono poco praticabili e ancor meno sostenibili (non tanto economicamente quanto al rapporto sedi formative / professionisti quantificato in 1:6 ... con la variabile degli Istituti Comprensivi);
- un progetto informativo e formativo per tutto il personale della Scuola (rischi, cose da sapere, cose da fare, etc. etc.) potrebbe essere un valore aggiunto in termini di sicurezza (viene fatto per le commesse e cassiere della grande distribuzione!);
- i soggetti con fragilità / disabilità / cronicità sono sicuramente già “in carico”, seguiti dai Pediatri di libera scelta (PLS) e forse anche dai servizi territoriali, multiprofessionali e setting assistenziali definiti e condivisi;
- il coinvolgimento dell’Infermiere di Famiglia / Comunità (DL 34/2020), parte integrante della filiera professionale dei Servizi Territoriali, può essere una risposta importante, da “perimetrare” alle situazioni di maggiore criticità/complessità, nell’ambito di setting e percorsi e processi condivisi.

Come sempre direi i che l’Italia è un po’ in ritardo, solo un po’ e solo prima di oggi.

Dall’esigenza dei cittadini italiani, a Ravenna, nel 2015 è nato il progetto “La scuola promotrice di salute”: in quattro istituti di Ravenna (Pardisa, Olivetti, Morigia e Calligari) sono stati inseriti diversi infermieri liberi professionisti che per un anno e mezzo hanno lavorato all’interno delle scuole con 1400 studenti, portando avanti diversi programmi di educazione e promozione alla salute. Questo progetto è terminato a metà 2017 e al momento non è stato più riproposto nonostante abbia riscosso un notevole successo tra studenti e genitori²⁰.

Mai come oggi per il tempo storico, gli eventi e i casi sanitari, si rende necessario, non solo riconoscere, ma anche attualizzare l’identità e la missione dell’infermiere scolastico.

²⁰ Elaborazione dati MIUR https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=87661

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

3.1 LE EVIDENZE SCIENTIFICHE AL SERVIZIO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

La promozione efficace della tutela della salute è un processo partecipativo e multicomponente a più livelli: micro (insegnanti, genitori e studenti) e macro (decisori politici, dei servizi centrali e locali del ministero dell'istruzione e della salute, dell'insieme della comunità educativa e di coloro che intervengono a titolo istituzionale e associativo). Tale interesse di corresponsabilità si instaura e si sviluppa, dunque, tra tutti coloro che hanno il dovere di caratterizzare con precisione le evidenze scientifiche validate, per implementare le politiche di gestione scolastica coerente e per attivare le pratiche di qualità così da consentire agli studenti e alle studentesse di costruire le proprie risorse in termini di istruzione e di salute.

Storicamente l'educazione della salute a scuola era riconducibile solo ad un approccio tematico temporaneamente limitato all'ambito della classe e del docente assegnato alla disciplina.

Ciò significava lavorare separatamente su problematiche specifiche e negare approcci anche basilari a processi di metacognizione e di interazione allargata per soggetti, finalità e risultati attesi da ciascuno e da tutti.

Nel tempo è apparso necessario ricondurre la comunità educante ad una riflessione più ampia sulla salute e alla progettazione percorsi di apprendimento/insegnamento, che possano integrare, in maniera complementare e propedeutica, le rappresentazioni culturali intorno ai concetti, ai linguaggi, ai contenuti, ai comportamenti, e alle competenze degli studenti.

Ecco che possiamo parlare di innovazione dei sistemi educativi in partnership tra gli utenti dei settori dell'istruzione e della sanità ormai unanime e soddisfatta in molte parti del mondo.

In tale prospettiva si sintetizzano le evidenze per aree tematiche che rappresentano la base fondante per lo sviluppo e la sostenibilità della promozione della salute nella scuola.

La salute mentale ed emotiva: i progetti sulla salute mentale nelle scuole sono finalizzati a costruire il benessere sociale, emotivo e spirituale degli studenti. Di seguito essi impareranno a padroneggiare le risultanze degli obiettivi educativi e didattici attesi e a saper gestire l'interazione con i loro pari e con gli adulti della comunità di riferimento.

L'uso e abuso di sostanze psicoattive: le iniziative condotte nelle scuole per ridurre il consumo di sostanze psicoattive saranno tanto efficaci se i programmi saranno regolati sull'apprendimento piuttosto che sull'insegnamento; se si focalizzano su compiti esperienziali di realtà che attivino il sapere, il saper essere e il saper fare, se adottano un approccio formativo ed educativo globale, se si collegano con le famiglie e i partner locali e se si occupano di migliorare relazioni con gli studenti.

L'igiene: le evidenze scientifiche adottate per promuovere l'igiene della persona, delle risorse naturali e degli elementi antropici rivelano limitati risultati di qualità rispetto ai benefici attivati. Per questo vanno sempre tenute in gran conto, in modo particolare nel nostro tempo storico. Nei paesi in via di sviluppo, le iniziative ben progettate e correttamente implementate, con dei legami con il settore della sanità e con delle politiche e programmi adatti, hanno dato, per alcuni degli esiti positivi (abbattimento della dispersione scolastica, diffuso stato di buona salute ...) da rinforzare negli effetti dei comportamenti a lungo termine degli studenti.

La salute e rapporti sessuali: le programmazioni di educazione sessuale basati sulle evidenze emerse dalla ricerca scientifica e sanitaria da educatori formati sul tema. Tali programmi favoriscono l'assunzione di un atteggiamento positivo e sereno nei confronti della sessualità, consapevolmente gestita, e il raggiungimento di una buona conoscenza del proprio corpo.

L'alimentazione Sana e Nutrizione: le iniziative e i programmi aumentano regolarmente le conoscenze degli studenti riguardo la nutrizione e al regime alimentare portando dei cambiamenti di comportamento nei giovani;

L'attività -fisica: i piani di attività fisica nelle scuole sono tanto più efficaci poiché sostengono un approccio globale per lo sviluppo di competenze, per la creazione e per il

mantenimento di una floridezza fisica e psicologica, l'appoggio a politiche di sostegno che permettono a tutti gli studenti di partecipare²¹.

3.2 LE FACILITAZIONE DI DIALOGO TRA IL SETTORE SANITARIO E SCOLASTICO

Evidenze derivanti da numerose ricerche, sia nell'ambito della salute che in quello dell'istruzione, oltre che da numerosi studi valutativi a riguardo, ci hanno fornito una solida base di informazioni dimostrative su come, per sostenere iniziative efficaci di salute a scuola, sia indispensabile facilitare il dialogo tra i due sistemi.

Le analisi fin qui condotte hanno ritrovato in questo assunto la condizione chiave per il successo dei processi attivati e per indirizzare le intenzioni del settore educativo e di quello sanitario. Processi e intenzioni si dimostrano possibili ancora se i due mondi sono orientati all'acquisizione delle stesse competenze, se le aspettative delle iniziative basate sulla scuola sono contestualizzate, se le strutture sono dotate di risorse umane e culturali esaustive e aggiornate e se i curriculum sono programmati come prevenzione, sviluppo e definizione in un arco di tempo corrispondente ai cicli scolastici della scuola di base e della obbligatorietà.

Le condizioni di cui sopra sono state, nel tempo, ottime assunzioni di impegno didattico e educativo da parte del sistema scolastico e sanitario, ma la realtà è stata un'altra storia. Abbiamo letto spesso di molte esperienze fin qui condotte che si sono potute valutare occasionali ed estemporanee, slegate e minimizzate, formalizzate solo per accontentare i programmi scolastici e per mostrare risposte ai gravi problemi dell'infanzia e del disagio giovanile.

²¹ <https://healtheducationresources.unesco.org/>
http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_IT.pdf
<https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/298-on-school-health>
"Promoting Health in Schools: From evidence to Action"
International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) – 2010

L'incontro tra i due mondi risulta possibile solo seguendo alcune idee pratiche e semplici su come facilitare e migliorare il dialogo tra sanità e scuola. Si tratta, dunque, di andare oltre alcuni stereotipi limitanti qui elencati:

- agende e priorità differenti;
- tempistiche;
- modelli differenti;
- sistemi e risorse culturali, sociali e politiche differenti.

Risulta utile una breve approfondimento di questi contenuti per mostrare come sanità e scuola siano impegnate in ciò.

Nell'agenda del settore sanitario si concepisce la scuola come un setting nel quale può essere raggiunto un significativo gruppo di popolazione al quale fornire informazioni sulla salute e sui comportamenti più appropriati da adottare per migliorare e sostenere il proprio stato di salute. Le risorse disponibili sono incentrate principalmente sulla conoscenza. Esiste, quindi, un'ipotesi secondo la quale i giovani potrebbero accedere a questa conoscenza e apportare cambiamenti significativi ai comportamenti che influiscono sulla loro salute.

Le evidenze scientifiche relative al cambiamento di comportamento, allo sviluppo fisico dei giovani e alla loro capacità di elaborare informazioni, hanno modificato i modi di pensare e di agire all'interno del settore sanitario rispetto alla salute a scuola.

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, redatta nel 1986, ha proposto un concetto più ampio di salute che riguarda la promozione della salute a scuola offrendo cinque assi di azioni principali: sane politiche scolastiche, l'ambiente fisico della scuola, l'ambiente sociale delle scuole, abilità individuali sulla salute e competenze d'azione, legami con la comunità e servizi sanitari²².

Allo stesso tempo, il mondo della scuola ha sviluppato una propria visione specialistica dell'apprendimento e dell'insegnamento, infatti le scuole puntano a rafforzare le abilità dei giovani necessarie per entrare nel mondo degli adulti, a sviluppare le capacità necessarie e a comprendere i propri bisogni di apprendimento.

²² "The Ottawa Charter For Health Promotion" - 1^a Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - World Health Organization (1986).

L'educazione alla salute nelle scuole è cambiata in modo significativo negli ultimi vent'anni ma i suoi esiti sono quasi sempre basati sul fatto a garantire che gli studenti posseggano livelli elevati di abilità cognitive nei seguenti ambiti: memorizzazione, comprensione, applicazione, analisi, valutazione, creatività.

Raramente il mondo della scuola prova a misurare le proprie iniziative di salute valutando gli esiti di salute come i parametri correlati all'obesità, ai livelli di trasmissione delle malattie o alla prevalenza di uso o abuso di sostanze.

Allo stesso tempo, non sorprende che il settore sanitario ritenga che il proprio ruolo sia quello di ridurre i livelli di morbilità e mortalità nella comunità attraverso programmi spesso basati sul trasferimento di informazioni, per raggiungere questi obiettivi.

Il ruolo principale dell'istruzione nelle scuole è favorire l'apprendimento e lo sviluppo sociale dei giovani.

Le scuole si focalizzano principalmente sulla costruzione di un corpo di conoscenze e di competenze in tutte le aree del curriculum.

Il loro compito non è quello di risolvere i problemi della società, comprese le problematiche di salute pubblica, ma di adottare un approccio positivo nell'educare, incoraggiare e stimolare i bambini e gli adolescenti con modalità che siano appropriate alla loro età e ai loro livelli di sviluppo psicologico.

Quanto ambito richiede l'impiego di tempistiche differenti in termini di quantificazione del tempo da dedicare alla educazione alla salute. Essa, non più considerabile come la cenerentola delle discipline scolastiche e del programma di base, merita, nell'ottica di un cambio di cultura, di essere pensata come il substrato indispensabile per la costruzione di saperi.

Scuola e sanità hanno apportato, in tale prospettiva, miglioramenti su diversi temi e sul corpo di conoscenze e attività tradotte in competenze che le veicolano verso una comunicazione efficace ed efficiente. L'adeguamento dei modelli culturali, sociali e politici fino ad ora differenti, ha avviato un approccio positivo nell'educare alla salute grazie anche alla Carta di Ottawa e molte delle successive Carte e dichiarazioni. Si tratta ora di favorire il progresso per accedere ad una istruzione di base universale perché la storia, la cultura. Il clima politico, le pressioni economiche e i giudizi sociali di una

società o di un paese non alterino il senso, la direzione e il punto di arrivo dei curriculum formativi.

Il bilancio di questa analisi tra quelli che sono i dilemmi più attuali, i risultati realistici e le strategie applicate portano a regolarizzare l'esistenza degli ingredienti per un dialogo e una collaborazione di successo tra sanità e scuola.

- Sviluppare e mantenere partnership e impegni tra i decisori politici del mondo della sanità e della scuola, questo è essenziale, è fondamentale che ci sia un impegno e un supporto costante e attivo alle iniziative di implementazione, rinnovo, monitoraggio e valutazione del programma in corso.

Un documento di partnership tra scuola e sanità è stato un modo efficace per formalizzare questo impegno, in alcuni paesi diventato legge.

- Fornire le risorse strumentali e formative che completano il ruolo fondamentale dell'insegnante e che rappresentano una concreta base teorica e pratica.

Tali risorse supportano le strategie didattiche elaborate e guidate degli insegnanti, sviluppare tali risorse richiede un dialogo costante tra le agenzie sanitarie e le strutture educative che possiedono conoscenze ed esperienza nella progettazione e nell'implementazione della formazione in funzione dei diversi stili di apprendimento.

- Garantire che il finanziamento supporti un approccio di promozione della salute e non sia incentrato principalmente sulla riduzione della morbilità e mortalità.

Le evidenze supportano un'attenzione specifica sulla promozione della salute rivolta a tutte e sei le aree del modello delle scuole. Queste ultime devono essere parte integrante della progettazione della salute a scuola dove i risultati educativi e di salute migliorano se viene utilizzata una teoria olistica.

- Avere un'interpretazione condivisa dei concetti teorici e del linguaggio, il mondo della scuola possiede un linguaggio e dei concetti che hanno un significato diverso rispetto a quello della sanità; per ottenere collaborazioni sono necessari la comprensione, il tempo e il rispetto reciproco oltre che contatti e continuità tra i membri dei gruppi di lavoro.

- La necessità di fornire al mondo della scuola evidenze relative ai vantaggi che una strategia di promozione della salute può offrire nel migliorare gli esiti scolastici le scuole stanno diventando sempre più responsabili delle loro comunità è fondamentale che il

dialogo tra scuola e salute porti a comprendere in che modo le iniziative del mondo della salute possono aiutare la scuola a raggiungere i propri obiettivi educativi e sociali.

Valutare il lavoro di partnership e tenendo in considerazione nei sistemi di sviluppo e promozione del personale.

Se il mondo della scuola e quello della sanità valorizzassero concretamente ciò queste verrebbero prese in considerazione nelle opportunità di formazione e di promozione per il personale in entrambi i settori.

- Focalizzarsi sull'ambito del benessere sociale ed emotivo come problema/argomento più importante ed influente perché il tema di salute è un elemento fondamentale per i giovani; la salute e il benessere sociale ed emotivo devono essere la centro di un dialogo collaborativo su come i due settori reagiscono sul modo più appropriato per le scuole di affrontare i problemi.

Un dialogo di questo tipo può rilevare fino a che punto argomenti apparentemente diversi sono in realtà uniti quando gli si affronta da una prospettiva educativa e sociale. I fattori sociali ed emotivi sono di importanza fondamentale rispetto al modo in cui le persone apprendono e al modo in cui operano le scuole che promuovono salute²³.

3.3 VERSO UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE

Preso coscienza delle evidenze scientifiche di riferimento e della fundamentalità del dialogo tra sanità e scuola si tratta ora di delineare le peculiarità distintive di una scuola che si caratterizza quale luogo privilegiato di azione e di esercizio significativo alla salute e al benessere degli studenti.

Si tratta di un'identificazione resa valida dalle organizzazioni internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Salute, l'UNICEF, l'UNESCO, i Centri Statunitensi per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie e l'Unione Internazionale di Promozione e Educazione alla Salute. Le strategie e i programmi che nel corso degli anni, in ogni parte

²³ <https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/298-on-school-health>
"Facilitating Dialogue Between The Health And Education Sectors To Advance School Health Promotion And Education" International Union For Health Promotion And Education (IUPHE) – 2012

del mondo, e con differenti contesti, nonostante le differenze, hanno in comune un approccio globale. Un “approccio globale e integrato della scuola” riflette una visione olistica, in cui la scuola viene intesa come un sistema multidimensionale e interattivo capace di imparare e cambiare; uno spazio di apprendimento aperto che offre sostegno all'ambiente in cui è inserito e riceve supporto dalla comunità circostante.

Una scuola che promuove salute (HPS – Health Promoting School) si basa sui principi della carta di Ottawa per la promozione della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sei sono i componenti essenziali di riferimento.

- Le politiche per una scuola in salute: sono politiche definite e condivise che promuovono la salute e il benessere.
- L'ambiente fisico della scuola: fa riferimento agli edifici, alle aree verdi e alle attrezzature all'interno e all'esterno dell'edificio scolastico e comprende: la progettazione e l'ubicazione degli edifici, l'uso della luce naturale e delle zone d'ombra, la creazione di spazi in cui praticare l'attività fisica e le strutture che permettono di mangiare sano.
- L'ambiente sociale della scuola: è una combinazione della qualità delle relazioni tra il personale stesso, e tra il personale e gli studenti. È influenzato dai rapporti con i genitori e con la comunità più ampia.
- Le competenze individuali in materia di salute e la capacità di agire: ciò si riferisce a tutte le attività formali e informali previste nei programmi ufficiali, attraverso le quali gli studenti acquisiscono in funzione all'età, le conoscenze, le competenze e le esperienze necessarie per sviluppare delle capacità e intraprendere delle azioni volte a migliorare la salute e il benessere, per sé per gli altri per la comunità e per il rendimento scolastico.
- I legami con la comunità: sono le relazioni tra la scuola e le famiglie degli studenti e tra scuola e i gruppi a livello locale. Un' adeguata consultazione e partecipazione rafforza e porta agli studenti e al personale un contesto e un supporto per le loro azioni.
- I servizi sanitari: si tratta di servizi locali e regionali interni alla scuola o ad essa correlati, preposti all'assistenza sanitaria e alla promozione della salute per i bambini e gli adolescenti. Essi comprendono: screening e valutazioni condotte da operatori qualificati, servizi per la salute mentale per promuovere lo sviluppo sociale ed emotivo degli studenti, per prevenire o ridurre gli ostacoli allo sviluppo intellettuale e all'apprendimento, per

ridurre o prevenire lo stress e i disturbi mentali, emotivi e psicologici e migliorare le interazioni sociali per tutti gli studenti²⁴.

²⁴ "Achieving Health Promoting Schools: Guidelines to Promote Health in Schools"
http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_IT.pdf
Erin Safarjan M.P.H., Goof Buijs M.Sc., Silvia de Ruiter M.Sc *Manuale online per la scuola - SHE: 5 fasi per diventare una scuola che promuove salute*, Dicembre 2013

CAPITOLO 4- RISULTATI

4.1 STESURA DI UN PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

FASE 1: DIAGNOSI SOCIALE

La lettura critica della situazione pandemica unica ed eccezionale ha imposto sin da subito una mobilitazione globale dei sistemi sanitari, sociali e culturali, e ancor prima politici, oltre che scolastici, obbligati ad aggiornare e/o impiantare piani di emergenza risultati obsoleti o addirittura mancanti e ad affidarne l'output a presenze specializzate formate e allineate.

La valutazione dei quadri sociali di riferimento rappresenta la formalizzazione dell'analisi delle evidenze che l'infermiere scolastico, ricercatore, progettista, coordinatore e organizzatore di eventi di educazione permanente alla salute, porta all'attenzione del gruppo di riferimento coinvolto, in questo caso un Consiglio di istituto oppure un Collegio docenti, o anche un consiglio di Interclasse.

Eventi epocali quali il lockdown generalizzato, le norme di utilizzo dispositivi di sicurezza personali e collettivi, le circolari per quarantene ed isolamenti, le ordinanze per i tracciamenti di contatto, i comunicati stampa congiunti, i monitoraggi sui reparti di terapia intensiva, le statistiche sui contagi sono entrati in maniera prorompente nella quotidianità rivoluzionata negli scenari, nei gesti, nelle relazioni.

E ancora chiusure, obblighi, prescrizioni su scala mondiale hanno veicolato nuovi linguaggi, nuove procedure, nuove sigle che hanno mirato a garantire efficaci strategie preventive e proattive per il riorientamento dell'offerta assistenziale che riguardasse la popolazione tutta, con particolare riguardo dedicato ai bambini.

Senza libertà di uscire, i più piccoli sono stati costretti a rinunciare a ritmi e rituali quotidiani e ai rapporti scolastici che ne scandivano l'esistenza e su cui si fonda in parte la loro identità, hanno vissuto in spazi ristretti, senza poter esprimere la spontanea vitalità nei movimenti, talvolta con un clima soffocante in cui si sono accumulate le tensioni, le apprensioni, le incertezze.

La riapertura in presenza e in sicurezza della scuola si è rivelata la suprema priorità dei progetti di resilienza e sotto il profilo strategico il mondo scolastico ha rappresentato, nell'immediatezza delle situazioni, lo spazio di risposta privilegiato per la tutela e la promozione della salute a cura dell'infermiere scolastico, per la presenza di soggetti in età eterogenee, la concreta possibilità di un coinvolgimento globale, la possibilità di concertare con gli organi collegiali delle Istituzioni coinvolte le attività e pianificare gli interventi trasversali di educazione alla salute verso la popolazione e in modo particolare le nuove generazioni.

FASE 2: DIAGNOSI EPIDEMIOLOGICA

Quanto fin qui, ha richiesto, sin da subito, la chiara esplicitazione delle conoscenze introdotte dall'infermiere scolastico competente su:

1. definizione e descrizione in merito all'agente patogeno, alle modalità di trasmissione, al quadro sindromico scatenato e agli strumenti diagnostici;
2. descrizione delle principali misure di contenimento e di prevenzione e di protezione;
3. identificazione delle fonti informative e normative ufficiali;
4. condivisione di strategie di comunicazione per la popolazione e di informazioni per l'educazione sanitaria da parte degli operatori sanitari.

Le fonti specializzate dei dati inerenti alla tipologia della terminologia, delle interpretazioni, delle regolamentazioni, della diffusione dei contagi e delle buone pratiche sanitarie rappresentano lo spazio informativo entro il quale l'infermiere scolastico identifica gli obiettivi specifici. Essi saranno portati all'attenzione degli organi scolastici competenti e orientati all'adozione di comportamenti di prevenzione e di protezione per un cambiamento su larga scala.

La finalità del procedere riguarda la volontà comune di "Promuovere la tutela della salute attraverso la conoscenza e l'adozione di comportamenti, di atteggiamenti e di rischi limitanti il pieno sviluppo della personalità dell'intelligenza, dell'affettività, dell'integrazione sociale per il radicamento di una cultura della prevenzione e al mantenimento di un personale benessere psico – fisico in tempo di emergenza Covid".

A conclusione del progetto l'opera programmatica dell'infermiere scolastico avrà permesso ai destinatari di:

1. utilizzare, nella pratica quotidiana, le conoscenze relative alla prevenzione, alla salute, alla sicurezza nell'attuale fase di pandemia covid19;
2. rispettare e mettere in pratica le regole elementari da contagio Coronavirus atte a proteggere sé stessi e gli altri: l'importanza dell'uso della mascherina, del distanziamento sociale, della corretta igiene delle mani e dell'aerazione dei locali della scuola per favorire il benessere fisico;
3. seguire la segnaletica utilizzata nell'ambiente scolastico per richiamare l'attenzione sui corretti atteggiamenti di prevenzione come da protocolli di sicurezza;
4. gestire le emozioni legate ad eventi legati a situazioni concrete ordinarie e straordinarie.

FASE 3 DIAGNOSI: COMPORTAMENTALE E AMBIENTALE

Fissati gli obiettivi l'infermiere scolastico individua i destinatari del progetto, assegna dunque un target di tipo comunitario e/o individuale di livello aggregativo misto per bambini e bambine della classe prima della Scuola Primaria. La decisione tiene conto delle specifiche peculiarità delle fasi dello sviluppo corporeo, cognitivo e psichico, delle particolari caratteristiche emotivo-relazionali derivanti da isolamento e limitazioni durante la pandemia, delle prioritarie esigenze attorno alla identità e alla socialità dell'attuale generazione. Ma non solo.

È fondamentale la conoscenza e la tabulazione dei determinanti comportamentali e ambientali che l'infermiere scolastico, nell'ambito delle sue funzioni, avrà rilevato dai documenti programmatico e informativi dell'istituto Scolastici, sanitari e Demografici di riferimento.

Il passaggio merita una precisazione, parliamo dei determinanti della salute una nuova, originale cornice concettuale cioè i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e – più estesamente – di una comunità o di una popolazione:

- comportamento e stile di vita (37,6 % per L'alimentazione e il movimento come anche la dipendenza da alcol, sesso, sport, giochi, mobilità...);

- condizioni socioeconomiche (19 % per l'istruzione, la disoccupazione, il reddito, le disparità, la povertà, la criminalità, la situazione abitativa e l'intesa sociale);
- genetica (22% per la vulnerabilità alle malattie);
- fattori fisici e condizioni ambientali (10% per il clima, catastrofi, agenti inquinanti, come per esempio la radioattività, e la probabilità "oggettiva" di incidenti);
- cure mediche: 11% per l'accesso alle cure mediche e la loro qualità (diagnosi, terapie e processi. Le innovazioni in campo sanitario;

I dati esaminati e classificati dirigono il lavoro progettuale ad opera dell'infermiere scolastico verso il prossimo step²⁵.

FASE 4: DIAGNOSI EDUCATIVA ED ORGANIZZATIVA

In questa fase, l'infermiere scolastico ha il compito di specificare i dati qualitativi e quantitativi delle rilevazioni dei fattori comportamentali e ambientali in determinanti predisponenti (conoscenze, credenze, valori, atteggiamenti, auto-efficacia, percezione), rinforzanti (famiglia, gruppo dei pari, insegnanti, datori di lavoro, operatori sanitari, politici, governanti) e abilitanti (disponibilità di risorse per la salute, accessibilità risorse, leggi impegno istituzioni, skill correlati alla salute) utili ad indicare indice di rilevanza, di priorità, di opportunità, di generalizzazione, di personalizzazione, di fattibilità e di modificabilità.

Le differenze e le analogie ci aiutano ad individuare non solo il livello di conoscenze sulla tematica educativa- formativa, l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e collettivi, corretto lavaggio delle mani, distanziamento sociale, ma anche possibili distorsioni di giudizio o concezioni errate, i punti di forza e di debolezza, Il successo del passaggio determina la positività degli esiti rinforzanti che i soggetti ricevono dagli altri in seguito alla adozione e al mantenimento di un nuovo comportamento.

Essi saranno tanto più diffusi e duraturi quanto più i veicoli e le barriere create dal complesso delle forze del sistema e della società saranno affrontati con direzione di senso e di coerenza.

²⁵ Sintesi di tre meta-studi www.economiesuisse.ch

FASE 5: DIAGNOSI AMMINISTRATIVA E POLITICA

Le amministrazioni e le politiche di governance degli enti erogatori dei progetti di tutela e di promozione della salute sono, in questa fase, oggetto di considerazione nella prospettiva di crescita e di risultato.

L'infermiere scolastico, in qualità di coordinatore, intreccia un collegamento tra le esigenze clinico-assistenziali e gli obiettivi educativi -didattici su strategie e su metodi condivisi con lo staff o con gruppo operativo, si tratta di preferenze che dovranno sapersi vantaggiose, e non vincolanti, sulla base di esperienze pregresse e di condizioni propedeutiche ai nuovi traguardi.

Saranno preziose risorse umane e strutturali in termini di competenti collaborazioni interne e di materiali disponibili e rispondenti ai criteri della multi-professionalità, multidisciplinarietà e multisetoriali: personale docente, dagli assistenti amministrativi e dai collaboratori scolastici, operatori di ambito sanitario, associazione genitori, esperti del modo della cultura per l'infanzia; lavagne interattive multimediali, strumentazione didattica, programmi e software.

L'economia e i budget potranno essere attinti dai fondi pubblici e privati locali e nazionali e tradotti in un piano finanziario approvato e revisionato da contabili e responsabili amministrativi.

Il tempo di studio e di lavoro preparato secondo una pacchettizzazione oraria flessibile e pratica; di quelle capacità costruite con attitudini, formazione ed esercizio, anche calendarizzati sulla base di disponibilità tecniche, di ambiti e di risultati attesi.

Le scelte metodologiche e procedure didattiche seguiranno procedimenti riconosciuti per le pratiche didattiche di insegnamento/apprendimento, esercizio, procedure di ricerca, apprendimento cooperativo, mutuo insegnamento.

Per gli spazi l'infermiere scolastico potrà avere a disposizione Aula-classe, Laboratorio cinema e radio, biblioofficina, musicale, scientifico...aula polifunzionale all'interno dei quali organizzare i raggruppamenti di allievi

I mediatori in campo potranno essere:

- attivi: ateliers didattici
- iconici: tabelle, grafici, illustrazioni
- analogici: role playing e gioco del come se

- simbolici: testi, sintesi, presentazioni

Le conclusioni tratte saranno la base da cui partire per montare la combinazione di varianti distinte ma complementari. Avere in partenza tutta una serie di indicazioni permette di agire sui bisogni concreti e su apprendimenti spendibili nella realtà.

FASE 6, 7, 8 e 9: IMPLEMENTAZIONE E VALUTAZIONE DI PROCESSO, DI IMPATTO E DI RISULTATO

L'implementazione del percorso integrato di educazione alla salute e al benessere compete all'intero gruppo di lavoro, infermiere scolastico e docenti, a cui è richiesto di coniugare stadi e passaggi sistematici ed intenzionali finalizzati al raggiungimento degli obiettivi sanitari - didattici:

- contestualizzazione della situazione problema;
- negoziazione dei significati e dei significanti;
- ascolto mirato alla comprensione di testi scritti e filmici a tema;
- produzione di testi misti e ordinati in senso logico e cronologico;
- memorizzazione di semplici brani musicali accompagnati da mimica e movimento;
- elaborazione di prodotti grafici e pittorici polimaterici;
- esperimenti laboratoriali;
- documentazione e pubblicazione editing;
- socializzazione dell'esperienza in concorsi, rassegne e mostre.

La comunità scientifica, pedagogica e delle arti performative ha ricercato, prodotto e pubblicato sul tema informazioni, studi di caso e dati in articoli, su piattaforme e nelle community che l'infermiere scolastico impiegherà come contenuto di progetto.

Le narrazioni, i video maker, i giochi interattivi, le conferenze ludiche, le creazioni artistiche sono dei sussidi preziosi che illustrare conoscenze e a praticare attività inerenti a:

1.L'identità, i sintomi, il contagio del Coronavirus.

2. Le Principali norme igieniche generali e specifiche per Sars - Cov-2: uso dei detergenti abbinati per il lavaggio delle mani, il posizionamento nel distanziamento e l'utilizzo della mascherina.

4. La segnaletica Covid nell'ambiente scolastico.

5. La dimensione psicologica: circostanze e reazioni positive e negative.

In itinere, ciascuno per il suo specifico, potrà rilevare attraverso l'osservazione diretta, le interviste individuali, i questionari, le scale, i test gli indicatori di efficacia e di efficienza dei risultati.

Si assolve a ciò in prospettiva di:

1. Il miglioramento dei programmi

2. La generazione di conoscenza

3. Le relazioni politiche e/o pubbliche

4. Il senso di responsabilità necessità di certificazione e trasparenza

Sulle diverse fasi del modello si intende:

- valutazione d'impatto sulla protezione dei dati ogni volta che il trattamento può comportare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone;
- valutazione di struttura: analisi dei bisogni che hanno fatto nascere l'esigenza di intervento;
- valutazione di processo: monitora il percorso di un progetto, dall'inizio alla conclusione;
- valutazione di esito o di risultato: è la verifica del lavoro svolto e la conoscenza dei fattori che hanno favorito o ostacolato il processo²⁶.

²⁶Mountain View, CA, Mayfield *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* (1991)

DISCUSSIONE

Istruire i bambini e le bambine all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e collettivi, al corretto lavaggio delle mani, al distanziamento sociale quali condizioni imprescindibili per salvaguardare la propria e l'altrui salute dai contagi rappresenta la base, la sostanza e la meta del progetto "L'infermiere scolastico maestro di Salute".

La promozione della salute e del benessere nella scuola è l'ambito entro il quale si è inteso dare esempio del ruolo, delle responsabilità, degli incarichi e delle risultanze degli impegni assunti e implementati dall'infermiere scolastico oltre la gestione di studenti con bisogni specifici.

Il pregio fondante degli argomenti allo studio risulta evidente, quasi esclusivo (per la mancanza anche in banche dati), per il contesto di riferimento: l'emergenza sanitaria internazionale che si è venuta a determinare a fine dicembre 2019 in Cina, con la diffusione del nuovo coronavirus SARS-nCov, denominato SARS-CoV-2.

Essi hanno mirato ad aprire, approfondire e affrontare una tematica aggiornata nel panorama sanitario e scolastico: l'educazione alla lettura e applicazione dei protocolli sanitari di pertinenza allo stato di emergenza del Paese.

Il modello redatto di ricerca-azione partecipata per progettare, sviluppare e valutare programmi di promozione della salute ampiamente sperimentato e applicato nella scuola, nella comunità, negli ambienti di lavoro e nei servizi sanitari è il PRECEDE-PROCEED. Due sono i percorsi complementari che si articolano in nove fondamentali fasi distinte, ma interdipendenti, entro i quali l'infermiere scolastico guida i cambiamenti importanti per la salute e il benessere.

L'utilizzo del modello richiede non solo la conoscenza delle basi teoriche, ma anche la capacità d'uso dei metodi epidemiologici, la familiarità con le regole che governano le relazioni tra gli individui e le comunità e i loro comportamenti, l'applicazione di tecniche educative ed esperienze sia di politica che di amministrazione.

PRECEDE-PROCEED risulta, sì, esaustivo e pertinente, ma estremamente tecnico in alcuni passaggi²⁷. Non è una nota critica bensì la dimostrazione che l'infermiere

²⁷ Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. (2nd ed.). Mountain View, CA, Mayfield, (1991)

scolastico agisce in un conosciuto distinto rispetto al personale scolastico che in alcuni casi, per esempio implementa programmi senza la meritata giustificazione intorno alla individuazione del problema oppure manca di una sistematica analisi delle priorità; o ancora non accompagna il passaggio della valutazione nel procedere delle diverse fasi, ma solo in ultima.

Di contro anche i docenti agiscono in un distinto che attiene alle loro competenze essere disattese.

Si tratta di costruire collaborazioni e intese chiare e coerenti proiettate al successo dei risultati dell'offerta formativa pensata per gli studenti dell'odierna generazione: una scuola e una sanità che concordemente promuovono salute si avvantaggiano nella governance e nelle performance per il raggiungimento degli obiettivi.

CONCLUSIONE

Il lavoro, fin qui condotto, ha promesso, in tutto il suo sviluppo, un interessante ed impegnativo contributo ad un argomento attuale volto a promuovere occasione di ricerche meticolose e di riflessioni accurate e funzionali al raggiungimento di obiettivi di alfabetizzazione e di formazione delle nostre generazioni di studenti.

Estendere la progettazione di percorsi di educazione alla salute e al benessere a scuola all'interno di un evento pandemico come Sars Covid-19 ha aperto la professionalità dell'infermiere scolastico ad un mondo nuovo di conoscenze scientificamente attestabili, di procedure sanitarie individuali e collettive inedite, di sistemi medici innovativi.

È la tematica attorno cui esporre, descrivere, argomentare che ha appassionato alla scelta dei discorsi, delle definizioni, delle attinenze, delle prospettive, dei risultati; da essa non si poteva prescindere, per portare oggi la sanità a scuola e la salute nella nostra vita, di essa le fonti non sempre sono state esaustive e formalizzate.

In qualche modo questo limite, se non tenuto in conto e non doverosamente attivato, porterebbe in futuro a ricadute scientifiche, culturali e formative, clinico-sanitarie, economiche sulla salute che andrebbero a invalidare il superamento della crisi sanitaria.

L'intreccio descrittivo trova la sua reale fondatezza nel momento di affrontare l'elaborazione del progetto scolastico- sanitario secondo il modello PRECEDE-PROCEED.

Chiari gli studi, provate le evidenze, ripercorsa la storicità fino a quando a segnare la strada è la fase n.5 - diagnosi amministrativa e politica (gestione dirigenziale, natura dell'utenza, linee guida educative e didattiche, matrice esperienziale- culturale del personale, architettura scolastica...) e a sostanziare i modelli sono le fasi 6, 7, 8 e 9 - Implementazione e valutazione di processo, di impatto e di risultato.

In altre parole, in questo lavoro, l'infermiere scolastico è chiamato ad elaborare piani sanitari coerenti e indirizzati a situazioni di successo. È qui che si incontrano i due mondi, la scuola e la sanità, che si tesse la rete della collaborazione, che si condividono le identità professionali, che si costruiscono conoscenze spendibili, è in questo che bisognerà continuare ad investire in formazione e specializzazione.

Formazione continua e specializzazione qualificata, due snodi irrinunciabili per essere costruttori di una nuova civiltà della salute.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Alberto Zucconi, Patty Howell *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società* editore La meridiana, (2015)

A. Seppilli *“La rivoluzione della salute”* Il Pensiero Scientifico, (1985)

Erin Safarjan M.P.H., Goof Buijs M.Sc., Silvia de Ruiter M.Sc. *Manuale online per la scuola - SHE: 5 fasi per diventare una scuola che promuove salute-* Dicembre (2013)

G. Di Francesco, Franco Angel., *Unità Capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro* , ISFOL 1998

Howard S. Friedman, Giorgio Santacroce - *Universo del Corpo* (2000)

Mountain View, CA, Mayfield *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach.* (2nd ed.), (1991)

N. D’Amico C. D’Amico *Cittadinanza e Costituzione - Il manuale del vivere civile.* Zanichelli editore S.p.A. (2009)

Paccagnella, B. Marzo *Dichiarazione Universale di Alma Ata.* (2005)

Sandra Scalorbi *Infermieristica preventiva e di comunità* (2012)

S. Milano e F. Ostorero *"Lezioni di educazione civica"* Loescher, Torino (2021).

<https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

<https://www.nasn.org/about-nasn/about>

<https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/> <https://www.fnopi.it/>

<https://www.omni-web.org/roleplaying-infermieri-empatici-competenti/>

<https://www.focus.it/cultura/curiosita/che-cosa-vuol-dire-brainstorming>

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=87661

<https://healtheducationresources.unesco.org/>

http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_IT.pdf

<https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/298-on-school-health>

http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_IT.pdf

www.economiesuisse.ch

<https://www.fnopi.it>

<https://www.galileonet.it>