

# PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 – 2025

## REGIONE UMBRIA



*Centro Regionale per la Salute globale*

SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE

SHE School for Health in Europe

# Health Equity Audit

## VERSO UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE

### SHE School for Health in Europe

#### Health Equity Audit

La promozione della salute a scuola può essere descritta come “qualsiasi attività intrapresa per migliorare e/o proteggere la salute di ciascun individuo presente all’interno della comunità scolastica”

La promozione della salute secondo il modello SHE si basa fundamentalmente sui seguenti principi basilari

*Equità* - Parità di accesso per tutti all'istruzione e alla salute

*Sostenibilità* - Salute, istruzione e sviluppo sono collegati. Le attività e i programmi sono attuati in modo sistematico per un periodo prolungato

*Inclusione* - Si celebra la diversità. Le scuole sono comunità di apprendimento, dove tutti si sentono fidati e rispettati

*Potenziamento* - Tutti i membri della comunità scolastica sono coinvolti attivamente

*Democrazia* - Le scuole che promuovono salute si basano su valori democratici.

Quindi si ritengono fondamentali i seguenti punti per un approccio totale alla promozione della salute nella scuola.

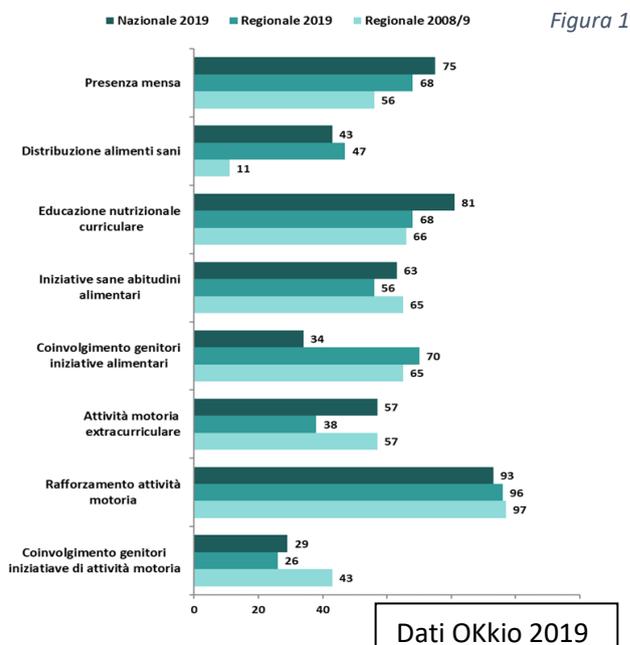
- *Politiche di salute della scuola*
- *Ambiente fisico della scuola*
- *Ambiente sociale della scuola*
- *Competenze di salute individuali*
- *Legami con la comunità*
- *Servizi sanitari*

Tutto quanto sopra ha lo scopo di attenuare e ridurre le iniquità di salute proprio nel rispetto delle diversità. Per cui un Health Equity Audit sul programma delle Scuole Promotrici di Salute si ritiene fondamentale.

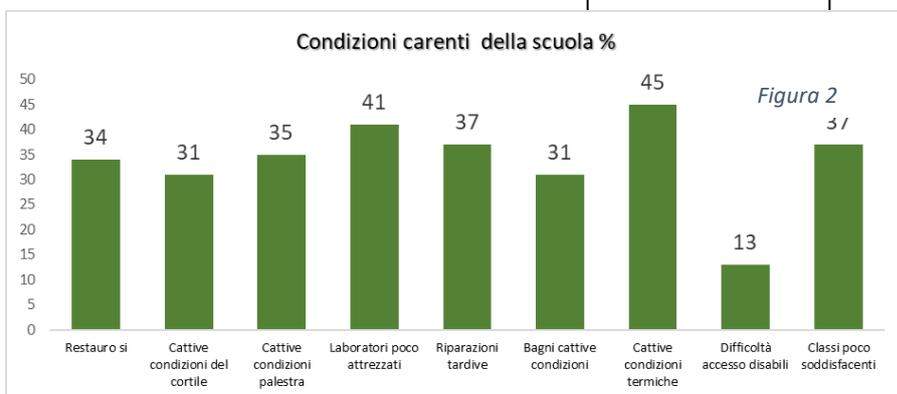
**Domande essenziali per un HEA corretto sulle scuole della regione ai fini di una analisi di contesto legata prevalentemente all'Equità.**

### 1. Il profilo di salute della scuola rivela una distribuzione disuguale dei determinanti nella popolazione scolastica?

**Strutture scolastiche:** nella nostra regione si evidenziano una serie di disuguaglianze che vengono riportate in un'unica tabella con una serie di dati che dimostrano come a livello territoriale regionale ci siano delle differenze organizzative e fisiche che possono rendere più difficoltose le azioni di promozione della salute. (Es. presenza o meno di palestre, di spazi sufficienti, presenza di mensa e distribuzione di cibi sani ecc.)



Dalla figura 2 vediamo come una porzione importante delle scuole ha bisogno di un adeguamento, una scuola non in condizioni buone sia di confort sia di attrezzature non garantisce le stesse possibilità di partenza di una scuola adeguata.



Dati HBSC 2018

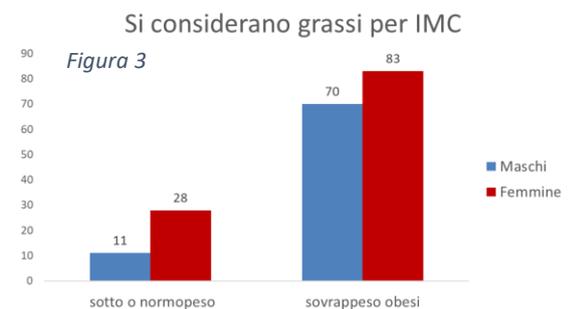
**Azione possibile:** verificare con i dirigenti scolastici la situazione della scuola e coinvolgere, dal basso, la riprogettazione di alcune strutture ed impostazioni con un approccio inter istituzionale e comunitario. In questo caso la sanità oltre ad intervenire in maniera più concentrata sulle aree più svantaggiate si deve fare parte trainante del cambiamento strutturale e concettuale.

## Fattori di rischio:

### Sovrappeso obesità in età scolare:

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – Regione Umbria – OKkio 2019

- Si evidenziano due iniquità importanti, la prima e più evidente è legata all'istruzione della madre con una frazione attribuibile alla disuguaglianza di 8,2 punti e una, meno forte, legata alla zona abitativa con una frazione attribuibile di 2,4 punti. Non si evidenziano differenze di genere. La percezione del peso dei propri figli è un altro fattore di disuguaglianza come lo è lo stato ponderale dei genitori. Questi due fattori sono strettamente legati al livello sociale delle famiglie.
- Esiste invece una disuguaglianza di genere, negli adolescenti, nella percezione giusta del proprio peso corporeo soprattutto nelle femmine che anche se normopeso si considerano in eccesso ponderale. La frazione attribuibile alla disuguaglianza è di 17 punti.



Un altro fattore di rischio nutrizionale è quello di non fare una colazione adeguata o per nulla e il fare una seconda colazione (merenda) eccessiva e di assumere alimenti non idonei.

#### Bambini:

- Sono emerse differenze per sesso del bambino (i maschi che non fanno merenda sono il doppio delle femmine) e per livello di istruzione della madre.
- I maschi consumano più bibite zuccherate e snack (sia dolci che salati) delle femmine, la prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero almeno una volta al giorno diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

#### Adolescenti:

- Il 22% ( 17% di 11 anni; 20% di 13 anni; 30% di 15 anni) non consuma mai la prima colazione, con differenze significative tra i due sessi (m 16% - f 26%)
- Il 22% consuma almeno 2/3 volte alla settimana bevande gassate e zuccherate (Maschi 26% - Femmine 19%)
- A seguito della Pandemia da SARS COV 2 - Impossibilità ad effettuare attività in presenza e quindi anche ad avere un pasto adeguato e una merenda adeguata, inoltre sono state ridotte le attività educative in tal senso.

**Azioni possibili:** Al fine di mitigare le iniquità legate al livello di istruzione familiare è necessario fornire ai ragazzi in età scolare una base di competenze diffuse e la distribuzione di prodotti salutari sia come merenda, sia come pasto alla mensa, evitando la presenza di distributori automatici di alimenti ipercalorici.

Per gli adolescenti attività di peer education sulle corrette abitudini alimentari in tutte le classi seconde.

## **Sedentarietà in età scolare:**

### Bambini:

- Le femmine non attive (36%) sono in percentuale maggiore dei maschi (29%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con 10.000-50.000 abitanti (22,5%).
- Solo la metà delle scuole primarie ha una palestra, di queste il 35% ha una palestra in cattive condizioni
- A seguito della Pandemia da SARS COV 2 - Impossibilità ad effettuare attività in presenza e solo per alcune scuole è stato possibile offrire una proposta da effettuare a casa sotto supervisione in DAD, molti studenti hanno problemi di connessione, familiari e di strumentazione

### Adolescenti:

- Sono a rischio sedentarietà quasi 9 ragazzi su 10 (il 95% sono femmine e l'89 % maschi)
- Oltre il 50% passa più di 3 ore al giorno davanti alla TV o videogiochi

**Azioni possibili:** Favorire un approccio globale non sedentario con momenti di possibilità di movimento, preferibilmente in strutture organizzate come le palestre, ove non fosse possibile fornire programmi alternativi da poter effettuare anche in aree libere.

Per gli adolescenti incentivare le attività sportive sia amatoriali che agonistiche e attraverso attività di rinforzo delle life skills in orario scolastico e la creazione di momenti di incontro extra scolastici anche di ragionamento critico sull'utilizzo del tempo (miglioramento dei trasporti e dei costi degli stessi)

## **Consumo di alcol Adolescenti:**

- Il 44% dei 15enni ha bevuto «binge» almeno una volta (consumo di oltre 5 unità alcoliche in un'unica occasione)
- Il 42% degli studenti di 15 anni si è ubriacato almeno una volta nella vita
- L'alcolico più consumato dai giovani è la birra
- Il 20% del campione ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni (15 enni 42%)

Non si evidenziano differenze di genere, dalla letteratura si conoscono i meccanismi sociali familiari e legati ai determinanti di salute distali, sono importanti il livello di istruzione dei familiari, le condizioni economiche, la presenza di un quartiere più o meno favorente ecc.

**Azioni Possibili:** Peer education diffusa nelle classi seconde e soprattutto adesione della scuola al modello SHE e al rispetto del concetto alcol free. Le azioni più importanti sono a carattere socio politico.

### **Abitudine al fumo:**

La percentuale di fumatori negli adolescenti in Umbria è piuttosto elevata, ci sono punte del 44% fra i quindicenni e del 18% fra i tredicenni. Non si rilevano fenomeni di disuguaglianza particolarmente significativi se non nell'aumento dell'abitudine nelle ragazze.

### **Gioco d'azzardo:**

L'indagine ESPAD®Italia 2019 fornisce importanti indicazioni rispetto alla:

- Condizione lavorativa dei genitori che vede maggiormente occupati entrambi i genitori dei ragazzi giocatori (83,0% padre; 69,3% madre) rispetto ai non giocatori (77,0% padre; 62,4% madre).
- Titolo di studio, i genitori dei ragazzi giocatori hanno titoli di studio più bassi (56,6% tra licenza elementare e media del padre e 36,7% della madre) rispetto ai genitori dei non giocatori che mostrano titoli più elevati (36,4% tra licenza elementare e media del padre e 28,2% della madre).
- I ragazzi giocatori, in ultimo, mostrano una percezione leggermente migliore della condizione economica familiare (24,3% la considerano sopra alla media) rispetto ai non giocatori (21,2% la considerano sopra alla media).

**Azioni possibili:** Peer education diffusa nelle classi seconde e soprattutto adesione della scuola al modello SHE e al rispetto del concetto di scuola che rinforza le resilienze (SHE). Introduzione nel curriculum di alcuni importanti elementi di calcolo delle probabilità. Le migliori azioni sono quelle sociali e di comunità con la costruzione di alleanze e attivazione diffusa del marchio no – slot.

### **Uso di internet “a rischio”:**

L'indagine ESPAD®Italia 2019 evidenzia che tra gli utilizzatori “a rischio” (prevalentemente femmine) è superiore:

- La quota con un andamento scolastico medio/basso, che riferiscono di avere genitori che non sanno con chi e dove trascorrono le serate, che non monitorano le attività del sabato sera, che non fissano regole dentro/fuori casa; non si sentono inoltre affettivamente ed emotivamente sostenuti dai propri genitori
- Quote superiori di utilizzatori “a rischio” di Internet si rilevano tra coloro che si sentono insoddisfatti delle relazioni familiari e/o amicali, con sé stessi, delle proprie condizioni di salute e/o della condizione economica familiare
- In tal senso, vale la pena ricordare l'andamento dell'abbandono scolastico e della popolazione NEET in Umbria, vista le maggiori prevalenze tra le femmine di tali problematiche, aspetto che spinge ad approfondire l'argomento e individuare azioni specifiche, visto quanto il livello di istruzione sia un fattore protettivo cruciale rispetto alla salute e anche perché questo fattore rischia di sommarsi alle maggiori difficoltà di accesso al lavoro delle donne stesse

**Azioni possibili:** Peer education diffusa nelle classi seconde e soprattutto adesione della scuola al modello SHE e al rispetto del concetto di scuola che rinforza le resilienze (SHE). Introduzione nel curriculum di alcuni

importanti elementi di calcolo delle probabilità. Le migliori azioni sono quelle sociali e di comunità con la costruzione di alleanze e attivazione diffusa del marchio no – slot. E' fondamentale anche la ripresa in sicurezza della didattica in presenza che evita l'utilizzo prolungato di internet.

### Abbandono scolastico:

Tema di grande interesse a causa delle complessità incontrate dal sistema scuola e dalle famiglie nel mantenere le attività didattiche a distanza durante i periodi di chiusura delle scuole, in Umbria nel 2020 si evidenzia una prevalenza di abbandono scolastico minore (11,2%) rispetto al dato nazionale (13,1%). Il dato di genere mostra un aspetto interessante in quanto, mentre la prevalenza di maschi umbri è minore (10,5%) di quello dei maschi a livello nazionale (15,6%), si evidenzia un valore maggiore delle femmine che abbandonano la scuola (13,1%) con dei livelli superiori al dato nazionale (10,4%). Il dato nazionale di abbandono scolastico totale, inoltre, è piuttosto stabile dal 2019 al 2020 (da 13,5% a 13,1%), mentre in Umbria è in aumento (da 9,5% a 13,1%), soprattutto nella componente femminile passando da 8,4% al 12,0%, superando i maschi che restano stabili al 10,5%. In Italia, invece, l'abbandono scolastico tra le femmine è in diminuzione, passando dal 11,5% del 2019 al 10,4 del 2020.

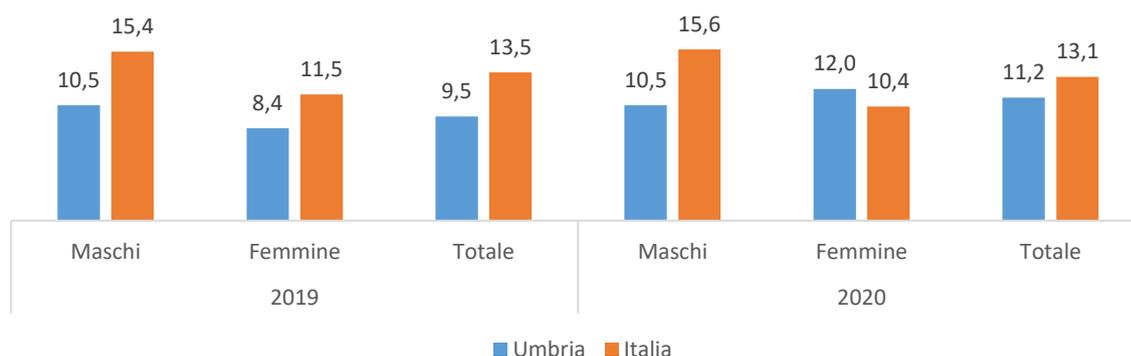


Figura 4

**Azioni possibili:** Sono quasi esclusivamente di tipo sociale e comunitario con un intervento inter istituzionale basato sul miglioramento economico delle famiglie, attività di sostegno allo studio e una ripartizione o accesso diffuso alle risorse anche informatiche. Sono comunque importanti tutte le attività che aumentano la resilienza e la consapevolezza con un aumento dell'offerta di salute.

## 2. Ho ragione di pensare che la mia azione agisca con diversa intensità nei diversi gruppi?

Dai dati raccolti nell'analisi di contesto si evidenzia come le azioni messe in atto nei tre progetti del programma "impariamo a resistere" ci si è resi conto che l'intensità di azione non è stata la stessa riguardo:

- Territoriale con differenze nelle due aziende sanitarie con una strutturazione diversa della promozione della salute ma con una attività di formazione per gli insegnanti diffusa. Tuttavia le scuole non hanno aderito tutte allo stesso modo con maggiori difficoltà nelle aree urbane di Perugia e Terni e anche differenze fra i vari distretti;

- I Dirigenti scolastici hanno un turnover elevato così come gli insegnanti, per cui dove c'era una tradizione consolidata riguardo alle metodologie di rinforzo delle life skills sono state effettuate azioni più intense e diffuse;
- Per quanto riguarda la partecipazione delle famiglie, si evidenzia come i partecipanti siano i genitori maggiormente sensibili e quindi che hanno meno bisogno dell'attività di promozione della salute;
- I ragazzi che partecipano, specialmente peer, sono ragazzi di estrazione medio alta e con buoni risultati scolastici.

### 3. Devo adattare l'intervento ai diversi livelli di vulnerabilità?

A questo punto prima di improntare qualsiasi azione devo applicare la "Lente dell'equità" e fare interventi non solo per setting ma per target specifici riguardo alla tipologia di scuola, dislocazione territoriale, necessità di ulteriori alleanze e costruzione di percorsi specifici di sensibilizzazione, formule diverse per lo stesso obiettivo.

### 4. Le risorse che ho le alloco in modo proporzionale al bisogno?

Anche in questo caso serve un aumento del personale dedicato, ma soprattutto una organizzazione più efficiente e anche una attività continua di formazione interprofessionale che riguardi tutti gli stakeholders impegnati.

In pratica quali azioni possono essere oggetto di un HEA costante nel tempo da portare poi a livello di tutto il progetto SHE?

**Es. Progetto** "Ormai lo so che mi farebbe bene però.."

Le conoscenze riguardo alla **corretta alimentazione**, almeno nei suoi aspetti fondamentali (5 porzioni di frutta e verdura al giorno, più pesce, più legumi, meno carne, meno zuccheri semplici, meno prodotti ultra-trasformati, meno prodotti raffinati, più prodotti integrali...) sono ormai diffuse nella popolazione e ben conosciute dagli insegnanti, come altrettanto conosciuta è l'importanza **dell'attività fisica**.

La non applicazione di comportamenti alimentari salutari è legata a **fattori ambientali**, (scarso livello organolettico dei piatti a base di verdure, legumi e pesce nella ristorazione collettiva, difficoltà di organizzazione dei tempi dei pasti rispetto ai tempi scuola e lavoro, difficoltà di inserimento dell'attività fisica nella quotidianità, se non come attività sportiva organizzata...) e a **fattori soggettivi** (neofobia alimentare, paura dei genitori e degli insegnanti nei confronti dell'incolumità dei bambini e dei ragazzi, abilità culinaria dei cuochi che riesca a conciliare la preparazione di alimenti salutari con il tempo legato alle attività scolastiche o lavorative)

#### *Obiettivi*

Ridurre i fattori che rallentano l'adozione di stili di vita sani in particolare nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica tramite attivazione della rete formata dalla scuola (insegnanti, bambini/ragazzi, genitori, operatori scolastici, direzioni scolastiche), dall'Amministrazione Pubblica (ASL, Comuni) e dai fornitori (ditte di ristorazione collettiva).

*Soggetti coinvolti:*

- Scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
- Insegnanti
- Genitori
- Studenti
- Comuni, Ditte di ristorazione collettiva

Ovviamente lo sviluppo di un progetto di questo tipo, come un progetto qualsiasi di promozione della salute sostenibile si deve basare sulla progettazione partecipata.

*Ai fini di un intervento equity oriented è necessario:*

1. analisi di contesto ed epidemiologica specifica con identificazione delle priorità di equità (Es. fornire a tutti in bambini una merenda adeguata con l'aiuto delle azioni ministeriali e anche con il coinvolgimento dei genitori);
2. Creazione di un gruppo di lavoro intersettoriale con associazioni e istituzioni
3. Analisi delle risorse esistenti (progetto pensiamo positivo e unplugged da continuare)
4. Progettazione partecipata a livello più locale possibile (comunità) con metodologia validata GOPP
5. Corretta informazione agli insegnanti e genitori, diretta, in fad o su video da parte della rete TaRsin per acquisire concetti di alimentazione adeguata;
6. Collegamento con la rete delle Aziende che promuovono salute;
7. Verifica e applicazione dei progetti "frutta e verdura a scuola" del Ministero dell'Agricoltura e ove assenti concordare la distribuzione degli alimenti con i genitori;
8. Migliorare le possibilità di movimento anche con accordi esterni;
9. Accordo con le ditte appaltatrici
10. Inserimento nei POF del progetto

Ovviamente serve una analisi di processo, e una valutazione di Percorso, Output e outcome (Cmunitario, inteso come aumento delle capacità e dell'offerta di salute)

*Per un passo avanti reale è necessario:*

- Mettere a sistema e condividere le azioni di analisi di contesto (sorveglianze di salute ma anche RAV, PDM, PAI) per sostenere le scuole nel loro processo di miglioramento.
- Condividere le riflessioni sulle disuguaglianze sociali, perché sono spesso all'origine di disuguaglianze di salute e di insuccesso scolastico e abbandono.
- Co-progettare e co-costruire ambienti educativi e di salute accoglienti, innovativi e sfidanti che aiutino la scuola a diventare comunità educante capace di relazionarsi costruttivamente con il tessuto urbano e le sue risorse.
- Sostenere la formazione di Dirigenti Scolastici e Referenti per favorire l'esercizio di una leadership partecipata
- Offrire formazione integrata per gli operatori di Scuola, Sanità, Sport per rafforzare la collaborazione tra le parti, indispensabile per la condivisione di una visione comune di cosa si intende per comunità educante che mette al centro il benessere di tutti e di ciascuno