

Promuovere la salute a scuola attraverso l'educazione socio-affettiva in una cornice progettuale congiunta¹

Gruppo di promozione della salute

Distretto Sanitario del Trasimeno – ASL 2



*La promozione della salute è il processo
che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla.
Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale,
un individuo o un gruppo
deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni,
di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante e di farvi fronte.
(Carta di Ottawa, 1986)*

DEFINIZIONE E ANALISI DEL PROBLEMA

L'educazione socio-affettiva

Le scuole sono un luogo sociale e l'apprendimento è un processo sociale. Gli studenti non imparano da soli ma in collaborazione con i loro insegnanti, in compagnia dei loro coetanei e con il sostegno delle loro famiglie. È quindi fondamentale che la Scuola oggi, accanto alla sua funzione culturale, sia in grado di adottare una strategia tale per cui gli adolescenti possano sviluppare capacità relazionali, meglio affrontare i problemi della loro vita scolastica e familiare, siano più capaci di capire se stessi e le proprie interazioni con gli altri, al fine di prevenire il disadattamento di alcuni e di promuovere il benessere psicofisico di tutti.

L'educazione socio-affettiva trae i suoi presupposti teorici dalla psicologia umanistica di Rogers e Maslow e dalle metodologie di Gordon; è una metodologia sperimentata sia a livello internazionale sia a livello nazionale che vuole *educare il bambino alla salute e al benessere fisico, psichico e relazionale, all'interno della società in cui si vive e si agisce* (Francescato et al, 1986). Ha l'obiettivo di trasmettere agli studenti alcune competenze e capacità psicologiche in modo che essi diventino capaci di affrontare meglio i problemi legati alla vita scolastica e familiare, andando più a fondo nella conoscenza e comprensione di se stessi e delle proprie interazioni con gli altri. Il sentirsi un individuo unico, facente parte di un gruppo che insieme a lui si evolve, permette di soddisfare i bisogni di sicurezza, di appartenenza e di fiducia che sono fondamentali per soddisfare il bisogno di conoscenza. Nella letteratura internazionale c'è una vasta gamma di prove scientifiche che indicano gli interventi finalizzati allo sviluppo dei giovani apportano maggiori benefici quando simultaneamente vengono potenziate le risorse personali e sociali degli studenti, e migliorata la qualità degli ambienti in cui gli studenti sono istruiti (Appleton & Eccles, 2002; Weissberg & Greenberg, 1998).

Il lavoro di rete e il contesto

Il termine *rete* è una metafora che rimanda alla circolarità e alla comunicazione, nata dalla necessità di collaborazione tra le diverse agenzie del territorio. In ambito psicologico e sociale questo termine è utilizzato per descrivere e rappresentare l'insieme di rapporti tra persone, organizzazioni, sistemi sociali. Ci sono 2 livelli, uno individuale, l'altro, quello di cui ci occupiamo in questa sede, organizzativo relativo all'interazione tra organizzazioni con l'individuazione di modalità operative di lavoro sul territorio che configurano *un disegno organizzativo a rete* che appare come una attuale linea di tendenza dei servizi socio-sanitari ma rappresenta un cambiamento delle procedure di lavoro e dell'identità professionale. Tanto più ampia è la rete, come quella della promozione della salute, tanto più si rendono necessarie azioni di coordinamento (Francescato et al, 2002).

A livello organizzativo le scuole della regione Umbria sono impegnate in una progettazione annuale del Piano dell'offerta formativa che prevede una parte relativa all'educazione alla salute² che è gestita da un gruppo di insegnanti coordinati dal docente referente per l'educazione alla salute.

Contemporaneamente le Aziende Sanitarie Locali, in Umbria, inviano una serie di obiettivi di budget ai Distretti Sanitari e ai Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale. Tra questi obiettivi ci sono quelli che riguardano la promozione della salute, con azioni rivolte alla popolazione generale e interventi specifici per alcuni target (giovani, donne in gravidanza, eccetera).

Questi due mondi istituzionali interfacciano poi con gli Enti locali, i quali, a loro volta, propongono/realizzano progetti di educazione/promozione della salute con l'una e con l'altra Istituzione. C'è poi un mondo vasto e ricco di risorse professionali e non professionali, le associazioni di volontariato e di promozione sociale.

Come si può intravedere ci sono molte persone che per interesse e/o per competenza si occupano di educazione e promozione della salute e per raggiungere gli obiettivi interni alla propria organizzazione in maniera non frammentata necessitano di un collegamento che per il territorio del Trasimeno (Panicale, Magione, Paciano, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Tuoro sul Trasimeno, Passignano sul Trasimeno, Piegara) è rappresentato dal Gruppo integrato di promozione della salute (Distretto Sanitario del Trasimeno, Asl 2-Ambito territoriale n. 5-Centro Servizi per il Volontariato) e dal "Protocollo d'Intesa in materia di integrazione e sperimentazione degli interventi di promozione della salute", di durata triennale, stipulato nel giugno 2007 tra i Soggetti sopraccitati, le Scuole di ogni ordine e grado del Trasimeno e l'Ufficio Scolastico Regionale.

La creazione e l'esistenza di una rete nel territorio, è in linea con ciò che il nuovo Piano Integrato Sociale della Regione Umbria indica nell'asse strategica, rifacendosi al DPCM 14 febbraio 2001 sull'integrazione socio-sanitaria, partendo dalle necessità di condividere i processi e gli obiettivi e di integrare le politiche³. Questo principio è descritto anche nelle *Linee strategiche* del Piano Sanitario Regionale 2009/2011⁴.

A livello nazionale possiamo citare almeno 2 documenti che orientano gli obiettivi di cui sopra:

2

L'educazione alla salute rappresenta il processo educativo attraverso il quale gli individui apprendono ad assumere consapevolmente decisioni utili al mantenimento ed al miglioramento della propria salute. Processo che continua per tutte le tappe della vita, migliorando le abilità per la vita quotidiana.

Per questo, a fianco della promozione della salute, l'approccio educativo è quello maggiormente utilizzato e preferito nell'ambito della salute, poiché cerca di modificare i comportamenti e tutti quei fattori quali atteggiamenti, e credenze che agiscono da mediatori per il comportamento.

³ Piano Sociale Regionale dell' Umbria, p. 62 e Piano Sanitario Regionale dell'Umbria, p. 313

⁴ Parte III: Paragrafo "Dalla tutela alla promozione della salute", p. 253 e Paragrafo "Costruire la rete dell'educazione alla salute", p. 266

- il Documento “Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari” del Ministero della Salute del 2007, un grande progetto di sanità pubblica, si presenta come “un momento di cambiamento nelle strategie di prevenzione, che prevede un approccio ampio di intervento, la coordinazione tra le azioni e la condivisione delle responsabilità fra i cittadini e la collettività” con un approccio interistituzionale e intersettoriale.

- il Piano Nazionale “Benessere dello studente 2007-2010” per la prevenzione del disagio fisico, psichico e sociale a scuola che con il mondo socio-sanitario condivide sia la volontà a realizzare percorsi sperimentali, ricerche e programmi operativi per diffondere la cultura della salute, del benessere e migliorare la qualità della vita all’interno del sistema scolastico sia la necessità di farlo in un’ottica di integrazione.

Dal punto di vista tecnico è significativo il contributo della psicologia di comunità (Francescato, 1977) alla facilitazione e alla realizzazione del lavoro di rete.

Il lavoro di rete applica alcuni dei principi-guida che sono alla base della psicologia di comunità poiché integra conoscenze e competenze professionali, attiva forme di collaborazione e partecipazione e, in modo significativo, promuove e attua progetti di *empowerment* che creano legami tra persone/servizi che condividono un problema, aumenta il capitale sociale di una comunità.

Nel territorio del Trasimeno, esiste da qualche anno la rete interistituzionale citata precedentemente che ha come finalità la promozione della salute nelle scuole⁵. E’ nata dal bisogno percepito dai vari attori (Dirigenti Scolastici, Insegnanti, Operatori Asl) di integrare e coordinare le attività, vista l’indefinitezza del campo di azione e i diversi progetti proposti alle scuole da diversi attori: servizi Asl, Comuni, privato sociale, associazioni di volontariato e di promozione sociale.

La rete in questi anni ha elaborato diversi percorsi formativi e sperimentato più percorsi, tutti comunque dentro la cornice metodologica dell’educazione socio affettiva.

37 Docenti delle scuole del territorio, insieme a 11 operatori dei Servizi socio-sanitari hanno già effettuato un percorso formativo sul tema dell’educazione socio affettiva ed hanno realizzato già un progetto con gli alunni e, in alcuni casi, con i genitori. Il Distretto Sanitario del Trasimeno crede molto nella promozione della salute attraverso la costruzione di una rete competente di

⁵ *“La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall’altro, evolversi con l’ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere”* (World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, WHO Regional Office for Europe, Ottawa, 1986). È *“il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute”* (World Health Organization, Health Promotion Glossary, WHO/HPR/98.1, Genève, 1998)

moltiplicatori dell'azione preventiva pertanto ha organizzato il corso di formazione con la Prof.ssa Anna Putton, Esperta di educazione socio-affettiva a livello nazionale e garantito la supervisione del lavoro degli insegnanti, grazie a due psicologhe; infine ha elaborato anche un report consegnato alle scuole sulla valutazione del percorso. Per l'anno scolastico corrente ha organizzato un training a cascata dell'educazione socio-affettiva i cui Docenti saranno operatori e insegnanti già formati.

I diversi progetti di promozione della salute seguono alcune linee guida che la rete si è data affinando sempre di più la metodologia della progettazione partecipata e l'esigenza sentita da tutti è la progettazione verticale uniforme delle attività, in particolare sull'educazione socio-affettiva ed è su questo che si vuole lavorare.

Anche nella letteratura scientifica internazionale c'è molto materiale sulla promozione delle competenze psicosociali nei soggetti in età evolutiva ma pochi progetti sono basati sulla logica della continuità verticale nei vari ordini scolastici.

La mancanza di continuità verticale porta ad una disfunzionalità organizzativa: a volte, nel passaggio da un ordine di scuola al successivo, si vede una duplicazione degli interventi ed una conseguente dispersione di risorse; altre volte si assiste ad un'interruzione di programmi di educazione alla Salute.

Lavorare verticalmente con vari ordini di scuola dello stesso territorio consente un tutoraggio costante del processo di crescita socio-affettiva dei bambini/ragazzi e dal punto di vista organizzativo ottimizza l'impiego delle risorse umane e materiali.

Diverse esperienze sono state realizzate anche per coinvolgere le famiglie, con risultati parziali. Questo è un aspetto critico di quanto realizzato finora. In questo progetto intendiamo coinvolgere le famiglie nel momento della presentazione del progetto e della restituzione finale, consapevoli che sarebbe necessario lavorare maggiormente su quest'aspetto, che rimandiamo però ad altre esperienze, perché al momento ci sembra prioritario concentrarci sulla continuità verticale fra scuole attraverso questa rete trasversale esistente a livello territoriale.

IDENTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Obiettivo generale

Promuovere il benessere degli alunni della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I e II grado del territorio del Trasimeno

Obiettivi specifici

A LIVELLO ORGANIZZATIVO (tavolo interistituzionale)

1. monitorare la rete territoriale interistituzionale esistente per la promozione della salute

2. dare avvio ad una progettazione verticale delle azioni di promozione della salute

PER I DOCENTI (destinatari intermedi)

1. acquisizione delle competenze sulle strategie per promuovere l'educazione socioaffettiva
2. favorire il lavoro di rete all'interno del team docenti del collegio dei docenti e del consiglio di classe
3. coinvolgere le famiglie nella fase di presentazione e restituzione del progetto (quest'anno lavoriamo sulla presentazione e la restituzione del lavoro alle famiglie, non ancora sulla partnership)

OBIETTIVI SPECIFICI PER GLI ALUNNI DELLE SCUOLE MATERNE E PRIMARIE

1. aumentare nei bambini la capacità di comprensione e riconoscimento delle proprie e delle altrui sensazioni, emozioni, sentimenti.
2. migliorare le relazioni tra alunni e insegnanti
3. migliorare le relazioni tra bambini

OBIETTIVI SPECIFICI PER ALUNNI DELLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO

Promuovere alcune competenze psico-sociali: decision making, problem solving, comunicazione efficace e gestione delle emozioni⁶

BENEFICIARI DELL'INTERVENTO

Studenti delle scuole dell'infanzia, delle scuole primarie, delle scuole secondarie di I e II grado del territorio del Trasimeno.

I destinatari intermedi sono i referenti istituzionali (Asl 2, AT 5, CeSVol, Scuole) e i docenti delle stesse scuole.

⁶

WHO, 1994:

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

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

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

- *Gestione delle emozioni*: implica il riconoscimento delle emozioni in noi stessi e negli altri; la consapevolezza di quanto le emozioni influenzino il comportamento e la capacità di rispondere alle medesime in maniera appropriata.

PERIODO DI ATTIVAZIONE

Anni scolastici 2009-2010/2010-2011

MODELLO DI INTERVENTO

L'intervento si qualifica come un approccio articolato alla promozione della salute; è come se dovessimo costruire un quadro che ha bisogno di una cornice (la rete) e una tela (l'approccio teorico e le tecniche della promozione della salute individuate nel nostro caso nell'educazione socio-affettiva).

Il metodo che sarà utilizzato per promuovere l'educazione socioaffettiva nelle scuole dell'infanzia e primarie, che è stato più volte sperimentato, è il "metodo integrato" (Francescato et al,1986) che propone tre diverse modalità di educazione socio-affettiva finalizzate al miglioramento delle relazioni tra alunni e tra alunni e insegnanti e al miglioramento della comprensione e del riconoscimento delle proprie sensazioni, emozioni, sentimenti (vedi paragrafo "Attività").

L'educazione socio-affettiva, per le scuole secondarie di I e II grado, in continuità con il metodo presentato per le scuole materna e primaria, sarà promossa attraverso un metodo innovativo, finalizzato allo sviluppo del benessere nei giovani, il modello *Skills for Life* (SFL), sperimentato da Bertini et al (2006) in linea con i programmi di Life Skills Education⁷ (WHO, 1994) con un accento sul proprio orientamento sistemico e costruzionista, più attento alle culture scolastiche e locali. Le life skills (LS) ovvero *decision making, problem solving, pensiero creativo, pensiero critico, comunicazione efficace, capacità di relazioni interpersonali, autoconsapevolezza, empatia, gestione delle emozioni, gestione dello stress* sono definite "l'insieme di abilità personali e relazionali che servono per governare i rapporti con il resto del mondo e per affrontare positivamente la vita quotidiana, "competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità", abilità e competenze "che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana..." (WHO, 1994).

⁷

Per un approfondimento si rimanda alla letteratura sul tema

Il modello SFL, oltre alla derivazione dalla psicologia generale, ha anche una derivazione dalla psicologia sociale, soprattutto nella tradizione lewiniana e dalla psicologia della comunità. Propone una cornice di riferimento teorico e una metodologia di sviluppo. Si può utilizzare in una logica trasversale alla didattica e/o per attivare momenti di riflessione specifica. Queste scelte saranno condivise con i docenti durante la formazione. La riflessione e l'azione, processi-chiave del modello, accompagnano una serie di attività "specifiche" per ogni agente di cambiamento (organizzazione scolastica, alunni, insegnanti, famiglie, eccetera).

SCHEMA TEMPORALE DELLE AZIONI

AZIONI PRELIMINARI:

- SETT-OTT 09 – Presentazione dell'idea progettuale ai Dirigenti Scolastici delle scuole del territorio all'interno del tavolo territoriale e valutazione congiunta della continuità ed integrazione del progetto con quelli già presenti nella scuola.
- OTT 09 - Presentazione dell'idea progettuale nei collegi dei docenti a cura Dell'insegnante referente per l'educazione alla salute e raccolta delle adesioni, secondo il criterio della volontarietà, considerato che i temi affrontati richiedono la disponibilità a raccontare e raccontarsi dei docenti, che non può essere imposta. Dalle esperienze nel settore si è sperimentato che inizialmente è opportuno coinvolgere i docenti più motivati.

AZIONE 1)

FEBB-MAR 2010 Formazione dei Docenti e di Operatori della rete integrata di promozione della salute (Asl, AT 5, CeSVol):

- 5 incontri di formazione di 3,5 ore ciascuno con orario 15.00-18.30, per un totale di 17,5 ore complessive più le ore di supervisione da attivare a conclusione del percorso formativo

DATE: PER TUTTE LE SCUOLE: 18/02/2010 E 16/03/2010

SOLO PER LE SCUOLE DELL'INFANZIA E PRIMARIE: 23/02/2010, 1/03/2010, 11/03/2010

SOLO PER LE SCUOLE MEDIE E SUPERIORI: 24/02/2010, 4/03/2010, 9/03/2010

AZIONE 2)

MAR E SETT 2010

- Presentazione dell'idea progettuale ai genitori
- Presentazione al collegio docenti/consiglio di classe da parte degli insegnanti del percorso formativo svolto e delle attività che si andranno a svolgere nelle classi

AZIONE 3)

GIU 2010

- Rinnovo del "Protocollo d'Intesa in materia di integrazione e sperimentazione di interventi di promozione della salute nella scuola" firmato nel 2007 da Scuole, Asl, CeSVol, Comuni, USR, con scadenza giugno 2010

AZIONE 4)

ANNO SCOLASTICO 2010-2011

- Realizzazione delle attività in classe da parte degli insegnanti formati
- Supervisione mensile - verifica in itinere

AZIONE 5)

MAG 2011

- Verifica finale all'interno del tavolo interistituzionale
- Giornata di restituzione del lavoro svolto nelle classi con il coinvolgimento delle famiglie

ATTIVITA' PROPOSTE

La formazione e la supervisione rivolta agli insegnanti

Alla formazione degli insegnanti viene data molta importanza, come momento di apprendimento, di sperimentazione di attività e di costruzione del gruppo di lavoro. Si prevede in ogni incontro una fase introduttiva del tema a cura dello psicologo, una fase di lavoro di gruppo (a seconda dell'attività con o senza conduttore), ed una fase di restituzione al gruppo. Questa fase è anche il momento in cui il formatore sollecita il passaggio dall'esperienza all'apprendimento. La formazione che proponiamo segue i principi dell'andragogia di Knowles (1989) dove la motivazione ad apprendere, il ruolo dell'esperienza, l'autogoverno fanno da cornice teorico- pratica dei processi interni al gruppo e all'organizzazione più generale e si dà valore al gruppo inteso sia come sostegno reciproco, sia come contesto in cui far emergere le proprie competenze (spazio personale in cui mettersi in gioco). Il gruppo è pertanto inteso come apprendimento e come momento di supervisione reciproca. Un altro obiettivo della formazione sarà quello di favorire il lavoro di rete all'interno del team docenti, del collegio dei docenti.

Per raggiungere tale obiettivo gli insegnanti effettueranno un percorso formativo che prevede la partecipazione congiunta di più ordini di scuola e momenti di progettazione in continuità. Si prevede un numero massimo di 50 partecipanti. I conduttori della formazione saranno in totale 3 con ruoli di docenza frontale, tutor d'aula e conduzione dei sottogruppi di lavoro. Inoltre si prevede il coinvolgimento di alcuni insegnanti che hanno partecipato al percorso formativo in passato e che hanno fatto esperienza dell'educazione socio-affettiva che avranno un ruolo di co-conduttori dei sottogruppi e di relatori di esperienza nelle proprie classi.

Il 1° e 5° incontro saranno effettuati in maniera congiunta dagli insegnanti di tutti gli ordini di scuola e saranno dedicati a tematiche di interesse comune (approccio teorico, metodologia della supervisione, scambio conoscitivo delle parti formative intermedie, confronto sulle modalità di coinvolgimento delle famiglie e degli insegnanti del collegio docenti e soprattutto del consiglio di classe nella quale si applica l'educazione socio-affettiva).

Il 2°, il 3° ed il 4° incontro saranno svolti in maniera separata dai docenti di scuola dell'infanzia e primaria e da quelli di scuola secondaria di 1° e 2° grado e prevedranno attività diversificate (vedi di seguito).

È prevista una fase di supervisione successiva alla formazione, condotta dagli psicologi del gruppo tecnico, in cui discutere dell'andamento delle attività e di come il ruolo di facilitatore viene vissuto dal docente. Alcune supervisioni saranno di piccolo gruppo, tra docenti dello stesso ordine scolastico, altre coinvolgeranno il gruppo che ha effettuato insieme il percorso formativo per favorire lo scambio delle esperienze degli insegnanti di diversi ordini scolastici.

La formazione sarà condotta dalle psicologhe del gruppo di promozione della salute del Distretto Sanitario e da un formatore del Servizio di formazione e aggiornamento della Asl 2. La supervisione sarà condotta dalle psicologhe della Asl.

1. La formazione per insegnanti delle scuole dell'infanzia e primarie per l'acquisizione di competenze sulle strategie per promuovere l'educazione socioaffettiva

Per raggiungere l'obiettivo "aumentare nei bambini la capacità di comprensione e riconoscimento delle proprie e delle altrui sensazioni, emozioni, sentimenti" gli insegnanti saranno formati su alcuni esercizi psicomotori da proporre agli alunni.

Per "migliorare le relazioni tra alunni e insegnanti" gli insegnanti saranno formati sul metodo Gordon (1981) (ascolto attivo, messaggi Io e la risoluzione dei conflitti con il metodo del problem solving).

Per "migliorare le relazioni tra bambini" saranno formati sulla tecnica del circle time: formazione di un gruppo classe condotto dall'insegnante-facilitatore finalizzato alla discussione di argomento

scelti dal gruppo; è uno spazio e un tempo che i bambini dedicano alla conoscenza di sé stessi e degli altri, al “raccontarsi”, ad entrare in empatia, al “mettersi nei panni dell’altro e sentire come lui si sente”, a mandare messaggi positivi, a vivere la vita in positivo.

2. La formazione per gli insegnanti delle scuole secondarie di I e II grado per l’acquisizione di competenze sulle strategie per promuovere l’educazione socioaffettiva

Per “promuovere nei ragazzi alcuni competenze di vita: decision making, problem solving, comunicazione efficace e gestione delle proprie emozioni” gli insegnanti saranno formati sulla metodologia delle *Skills for life* di Bertini et al (2006) solo per le specifiche competenze psicosociali. Saranno fornite una serie di schede didattiche usate come strumento dagli insegnanti nelle loro scuole. Alcuni punti chiave, oggetto della formazione, sono: condividere con gli studenti la responsabilità di progettare per andare incontro ai loro bisogni; elaborare un programma (per lo sviluppo degli studenti) caratterizzato da metodi di apprendimento partecipativo; prevedere un laboratorio di analisi del processo formativo.

VALUTAZIONE

Obiettivi rete interistituzionale	Indicatori	Valutazione
Monitorare la rete territoriale interistituzionale esistente per la promozione della salute	Frequenza e continuità di presenza delle scuole presenti agli incontri del tavolo interistituzionale	Verbali delle riunioni interistituzionali
Dare avvio ad una progettazione verticale delle azioni di promozione della salute	Variabilità degli ordini scolastici aderenti al progetto	Verbali delle riunioni interistituzionali

Obiettivi docenti	Indicatori	Valutazione
Acquisizione delle competenze sulle strategie per promuovere l’educazione socioaffettiva	n. docenti formati VS n. docenti che attivano progetto in classe; Conoscenza e capacità di utilizzare le metodologie	Questionario di apprendimento teorico (ex post alla formazione); Report delle supervisioni

	acquisite durante il corso	
Favorire il lavoro di rete all'interno del team docenti del collegio dei docenti e del consiglio di classe	n. incontri di programmazione all'interno del team docente	Report delle supervisioni

Obiettivi infanzia e primaria	Indicatori	Valutazione
Aumentare nei bambini la capacità di comprensione e riconoscimento delle proprie e delle altrui sensazioni, emozioni, sentimenti.	Comprendere e riconoscere le proprie e le altrui sensazioni, emozioni, sentimenti	Verbali dei consigli di classe; Questionario finale a risposte aperte rivolto agli insegnanti
Migliorare le relazioni tra alunni e insegnanti	Qualità percepita delle relazioni tra alunni e insegnanti	Verbali dei consigli di classe; Questionario finale a risposte aperte rivolto agli insegnanti
Migliorare le relazioni tra bambini	Qualità percepita delle relazioni tra alunni	

Obiettivi secondaria I e II grado	Indicatori	Valutazione
Promuovere nei ragazzi alcuni competenze di vita: decision making, problem solving, comunicazione efficace e gestione delle proprie emozioni	Capacità di utilizzare le competenze acquisite	Verbali dei consigli di classe; Schede di valutazione delle competenze ai ragazzi

MEZZI E RISORSE

Competenze Asl: 1 psicologa coordinatrice della promozione della salute della Asl (che siede al tavolo interistituzionale), 1 psicologa referente della promozione della salute per il Centro di salute Trasimeno Sud, 1 formatore Asl 2, operatori del gruppo integrato della promozione della salute della Asl che collaboreranno alla progettazione, formazione (per la conduzione dei sottogruppi, insieme agli insegnanti) e valutazione.

Collegamenti con il territorio: per favorire l'adesione delle scuole al progetto sarà utilizzato il tavolo della rete interistituzionale presente sul territorio e saranno presenti al corso di formazione anche operatori della rete.

Budget per gli operatori della Asl: in orario di lavoro (la promozione della salute è obiettivo di budget dei servizi della Asl)

Budget per gli insegnanti: si fa riferimento all'autonomia scolastica

Budget per gli ausili didattici: a carico della Asl e delle Scuole

Sede: Scuola secondaria di I grado di Castiglione del Lago

Ausili didattici:

- Cartellina per i partecipanti
- Lavagna a fogli mobili e pennarelli
- PC portatile
- Proiettore e telo
- Fogli e penne
- Sedie con appoggio

Riferimenti bibliografici

- Appleton, J. A. & Eccles, J., (Eds.). (2002). *Community programs to promote youth development*. Washington, DC: National Academy Press.Appleton (2002)
- Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P. (2006), *Il modello Skills for Life 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola*, Franco Angeli, Milano
- Francescato D., Putton A., Cudini S. (1986), *Stare bene insieme a scuola*, Carocci, Roma
Francescato D, Tomai M, Ghirelli G (2002), *Fondamenti di psicologia di comunità*, Carocci, Roma

- Francescato D. (1977), *Psicologia di comunità*, Feltrinelli, Milano
- Gordon, T., (1981). *Enseignants efficaces*, Le Jour, Québec, citato da Francescato D., Putton A., Cudini S. (2005), *Stare bene insieme a scuola*, Carocci, Roma
- Knowles M. S.(1989), *The making of an Adult Educator. An Autobiographical Journey*, Jossey-Bass Inc.; tr. it. *La formazione degli adulti come autobiografia. Il percorso di un educatore tra esperienza e idee*, Raffaello Cortina, Milano 1996; tr. di Formenti Laura, pp. 160.
- *La carta di Ottawa per la promozione della salute* (1986). Dalla 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada
- Weissberg, R. P., & Greenberg, M. T. (1998). School and community competence enhancement and prevention programs. In I. E. Siegel & K. A. Renninger (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Child psychology in practice* (5th ed., pp. 877–954). New York: Wiley.
- World Health Organization, *Life skills education in schools*, WHO/MNH/PSF/93. A Rev 1, Genève, 1994

Lettera di presentazione del progetto

L'idea di fare un progetto trasversale riguardante lo sviluppo delle competenze in ambito scolastico nasce da un substrato lavorativo che ci accomuna. Infatti tutte lavoriamo, anche se a diverso titolo (psicologa, insegnante, operatore sociale), in questo ambito.

L'esigenza è nata oltre che dalla suddetta conoscenza anche dall'analisi del contesto scolastico territoriale umbro (territorio del perugino e del narnese-amerino) che vede molte scuole impegnate in programmi di Promozione alla Salute senza che esista una progettazione verticale. Ci siamo

anche rese conto, e in qualche modo abbiamo raccolto, una disfunzionalità organizzativa che porta a volte, nel passaggio da un ordine di scuola al successivo, ad una duplicazione degli interventi e alla conseguente dispersione di risorse ed altre volte ad un'interruzione di programmi di promozione della Salute.

Negli incontri che alcune di noi hanno fatto all'interno di un tavolo interistituzionale, costituito da componenti appartenenti alle ASL, dalle scuole e dai comuni è emerso un bisogno condiviso di aumentare le competenze relazionali per migliorare il benessere nel contesto classe.

Abbiamo deciso di prendere in considerazione trasversalmente le scuole dello stesso territorio e verticalmente i vari ordini di scuola perché pensiamo che questo consenta alle insegnanti:

- 1) di sviluppare una conoscenza longitudinale dei ragazzi. Inoltre, crediamo che la trasversalità stessa, insita nel progetto, possa essere un modo per restituire loro l'idea dello sviluppo dinamico dell'individuo e del suo essere "Individuo-sistemico"
- 2) di rendere possibile un monitoraggio e un tutoraggio del processo di crescita psico-affettiva dei ragazzi

La nostra proposta non deve essere considerata come immutabile ma sarà rivista e ridiscussa all'interno del tavolo interistituzionale o in altri momenti.

I vincoli di cui tenere conto sono:

- 1) Diversità di assetto organizzativo delle varie scuole;
- 2) Differenze negli insegnanti dei vari ordini di scuola della visione del proprio ruolo come promotori di salute;
- 3) Scarsità di risorse economiche e professionali sia nel sistema scolastico che nel sistema socio-sanitario;
- 4) Autonomia scolastica che può far sì che alcune scuole possano decidere di non aderire e quindi di "spezzare" l'aspetto di verticalità e di continuità del progetto;
- 5) Considerazione da parte degli operatori ASL di possibili atteggiamenti di delega;
- 6) Possibili interferenze dovute a giochi di potere nei vari gradi delle Istituzioni;
- 7) Difficoltà derivanti dal ricambio annuale del corpo insegnante che comporta la perdita di insegnanti formati.

