

Promozione della salute in età evolutiva. Elaborazione di un sistema di indicatori per il controllo dei determinanti di salute e la valutazione degli interven- ti nella comunità e nella scuola

Paola Beatini, Patrizia Garista, Giancarlo Pocetta

Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Sezione del Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: sistema di indicatori, determinanti di salute, età evolutiva, scuola, comunità

Key words: indicators system, health determinant, evolutive age, school, community

RIASSUNTO

La necessità di un sistema di monitoraggio scientificamente fondato per un'analisi dello stato di salute della popolazione e per la conseguente programmazione e realizzazione di interventi è oggetto di ricerca a livello internazionale e nazionale, così come esigenza delle specifiche programmazioni regionali. La ricerca che si presenta (inscritta nella redazione del *Documento di valutazione dei determinanti di salute e delle strategie del servizio sanitario della Regione Umbria*) ha lavorato all'elaborazione di un sistema di indicatori specifici per l'età evolutiva, con particolare riferimento al contesto scuola e comunità.

In una prima fase è stato esaminato il quadro di riferimento concettuale, prodotto dai più significativi e recenti studi promossi dall'Unione Europea, fortemente orientato alla promozione della salute, secondo una prospettiva sistemica e, in una successiva, attraverso una consultazione di Esperti, definita una *short list* condivisa e selezionata in base a criteri di priorità, significatività e fattibilità della

SUMMARY

The need for a scientifically based monitoring system, in order to analyse the health condition of a population, and to program and realize interventions, is the subject of international and local researches, as requested by specific regional programs. The research presented here (registered in the *Document of Assessment of Health Determinants and Strategies of Health Service of Umbria Region*) worked to the elaboration of a specific indicators system for the evolutive age, paying special attention to the school and community context.

In a first step we examined the conceptual reference frame, produced by the most significative and early studies promoted by the European Union, strongly oriented to the health promotion, in a systemic perspective and, then, through the consultation of Experts, we defined a *short list* partaged and selected following standards of priority, significativity and faisability of the releivation. A first group of indicators was then experimented in a district of the

rilevazione stessa. Una primo gruppo di indicatori è stato quindi sperimentato in un ambito distrettuale della realtà regionale.

Il set di indicatori prodotto oltre a fornire una serie di elementi osservabili (chiaramente orientati ad una prospettiva salutogenica), ha individuato una base comune di lavoro, scientificamente aggiornato, per la creazione di un sistema informativo regionale sulla salute per l'età evolutiva che integri e sistematizzi le risorse e l'operatività socio-sanitaria esistente nella Regione Umbria.

Introduzione e obiettivi della ricerca

La Regione dell'Umbria, al fine di collegare la programmazione socio-sanitaria alla valutazione degli interventi effettuati, ha approvato nel 2005 la redazione del *Documento di Valutazione dei determinanti di salute e delle Strategie dei Servizi Sanitari (DVSS)*, testo preparatorio del Piano Sanitario Regionale (PSR) 2007-2010.

La realizzazione del *Documento* risponde all'esigenza della Regione di poter disporre di uno strumento atto a facilitare la sintesi informativa sullo stato di salute e sui determinanti di salute nonché la valutazione critica degli interventi, che si ponga, quindi, quale strumento analitico e interpretativo per il miglioramento della programmazione socio-sanitaria in Umbria.

Nel *Documento*, è fortemente evidenziata la centralità dei determinanti di salute così come il contributo che i diversi settori della formazione economico-sociale forniscono (in senso positivo o negativo) allo sviluppo degli stessi. Di altrettanta rilevanza è l'accento posto sulle azioni che i diversi livelli di governo mettono in atto

regional context.

The resulting set of indicators produced a series of observable elements (clearly oriented to a healthy perspective) and individuated a common work basis, scientifically updated, for the creation of a regional informative system on health for the evolutive age, which integrates and systematizes existing resources and social health operativity.

per produrre "salute". Nel corpus del *Documento* ampio spazio è stato riservato all'età evolutiva e in particolare all'adolescenza e preadolescenza quale target privilegiato di analisi e di intervento finalizzati alla tutela e alla promozione della salute.

In questo quadro di riferimento, l'Ufficio programmazione socio-sanitaria dell'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria ha affidato l'incarico al Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università di Perugia per la realizzazione del progetto di ricerca: *Promozione della salute nell'età evolutiva. Elaborazione di un sistema di indicatori per il controllo dei determinanti di salute e la valutazione degli interventi nella comunità e nella scuola con particolare attenzione all'età adolescenziale.*

Il progetto si inseriva nel processo di implementazione di una già definita e avviata politica di promozione della salute dell'età evolutiva nel contesto scolastico, promossa dalla Regione dell'Umbria con il contributo scientifico del Centro Sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università di Perugia. Questo processo, avviato sin dal 2000, ha visto la realiz-

zazione di una ricerca-azione per l'individuazione del modello organizzativo-gestionale di una scuola promotrice di salute, la creazione di un Tavolo Istituzionale, la definizione di un *Patto per la Salute in età evolutiva* tra i vari Enti coinvolti (Direzione Scolastica Regionale, Istituti scolastici in Autonomia, Enti Locali e Aziende sanitarie locali a livello distrettuale), la costruzione di un *Piano Integrato per una scuola produttrice di Salute* nell'ambito distrettuale della Media Valle del Tevere e di Spoleto (ASL 2 dell'Umbria).

Il progetto *Promozione della salute nell'età evolutiva* rispondeva alla necessità di individuare, in particolare, quei fattori determinanti la salute e il ben-essere dei soggetti in tale fascia di età, indagando quelle componenti socioambientali e relazionali del contesto in cui i giovani vivono e lavorano. Le condizioni di vita dei giovani influiscono, infatti, sulla loro capacità di acquisire, mantenere e sostenere un buono stato di salute e di benessere. La ricerca ha ampiamente dimostrato come l'esperienza e l'esposizione a condizioni ambientali negative generino conseguenze a lungo termine e possano al contempo essere causa di disuguaglianze in salute (8,9,27,38).

Due gli elementi da evidenziare nel progetto di ricerca.

Il primo, la *dimensione promozionale* con la quale è stato affrontato il tema della salute in età evolutiva, ha portato il gruppo di ricerca ad assumere un modello di salu-

te e di determinanti di salute in linea con i presupposti teorico-scientifici della promozione della salute e il concetto di "setting"-contesto di vita (famiglia e comunità) e di lavoro (scuola) - quale ambito di ricerca e sperimentazione.

Il secondo, la scelta di *coinvolgere gli operatori dei servizi territoriali (non solo sanitari)* nelle fasi del progetto, approccio ritenuto essenziale dal gruppo di ricerca per mettere a disposizione della programmazione regionale e territoriale una metodologia e uno strumento di intervento a favore della salute dei giovani della Regione, il più possibile "tarato" sulla fisionomia dei bisogni che questo target esprime. Ciò corrispondeva anche agli obiettivi del DVSS per quanto riguarda la connotazione di percorsi valutativi con caratteristiche condivise e accettabili dagli attori del sistema.

Il progetto ha visto il succedersi di tre fasi:

FASE 1: revisione bibliografica mirata a identificare il quadro concettuale di riferimento sul quale costruire una lista di indicatori di salute dell'età evolutiva con particolare riferimento al periodo adolescenziale e al contesto scuola;

FASE 2: consultazione di esperti volta a definire un set condiviso di indicatori adattabile (sia come numero che come applicabilità) alla realtà regionale e da sperimentare sul campo;

FASE 3: sperimentazione di alcuni indicatori del set sul territorio¹

¹ L'esposizione della sperimentazione effettuata nell'ambito distrettuale della Media valle del Tevere e i conseguenti risultati non sono oggetto di tale contributo, ma verranno pubblicati in un successivo articolo

FASE 1: Revisione bibliografica

Materiali e metodi

Il quadro di riferimento concettuale adottato e la conseguente individuazione di indicatori per l'infanzia e l'età evolutiva è stato fondato sulla base della revisione bibliografica dei più recenti studi promossi dall'Unione Europea in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il Consiglio di Europa (CE) e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). Gli studi presi in analisi sono inseriti all'interno del Programma di Azione Comunitaria in Sanità Pubblica 2003-2008, inaugurato nel settembre 2002 dal Parlamento Europeo.

In particolare si è fatto riferimento ai seguenti studi:

- a. *ECHI 1 ed ECHI 2 (European Community Health Indicators)* per i criteri di selezione delle aree di sviluppo degli indicatori (14,15);
- b. *CHILD (Child Health Indicators of Live and Development)* per l'identificazione e definizione di indicatori specifici per il gruppo target *infanzia ed età evolutiva* (29);
- c. *EUHPID (European Health Promotion Indicators Development)* per lo sviluppo di indicatori un'ottica salutogenica e di promozione della salute (10);
- d. *HBSC (Health Behaviour School Aged Children)*, protocolli di studio 1997-98 e 2001-2002, per l'analisi e lo sviluppo di indicatori del sotto-gruppo preadolescenti/adolescenti con particolare riferimento al contesto scolastico (8,9).

Lo schema concettuale della progettualità dell'*European Community Health Indicators* (ECHI-1 ed ECHI-2) rappresenta il riferimento principale per la progettazione in sanità pubblica per ciò che riguarda il monitoraggio. Il progetto ECHI è inserito nel quadro dell'*Health Monitoring Programm 2003-2008 (HMP)* dell'Unione Europea.

Le aree di sviluppo degli indicatori individuate sono quattro:

1. fattori demografici e socio-economici
2. stato di salute
3. determinanti di salute
4. servizi sanitari e promozione della salute.

Il programma ECHI 1 ha sviluppato una ampia e articolata lista di circa 400 item/indicatori dalla quale successivamente (ECHI 2) è stata estratta una *shortlist* finalizzata ad indicare le priorità di azione. Il sistema di monitoraggio si propone come strumento valido e moderno per la programmazione attuale e futura e per il raggiungimento di una visione generale e integrata delle condizioni di salute della popolazione europea; le informazioni che dovrebbero essere fornite dagli indicatori selezionati richiedono una lettura congiunta e complessiva dell'intero sistema di indicatori, tenendo conto degli elementi individuali e del contesto nazionale e regionale di riferimento.

Il progetto *Child Health Indicators Life Development (CHILD)* è il primo progetto all'interno dell'*Health Monitoring Program (HMP)* a coprire un gruppo di popolazione specifico: *l'infanzia e l'età*

evolutiva, in letteratura riferito all'arco di vita che va dal periodo post-perinatale ai 18 anni con una divisione in 4 sottogruppi: bambini (*infants*, 0-4 aa), giovani ragazzi (*young children*, 5-9 aa), ragazzi (*older children*, 10-14 aa), adolescenti (*adolescent*, 15-18 aa).

Si riconosce, pertanto, che la salute di questi soggetti ha propri bisogni e peculiari caratteristiche: da ciò l'ulteriore difficoltà di coniugare l'esigenza di analisi comuni per tutta la fascia di età con quella di individuare indicatori per l'adolescenza che tengano conto della sua complessa definizione.

Gli esiti del progetto CHILD costituiscono valore aggiunto significativo in quanto originati dal riconoscimento della necessità di disporre, per tale gruppo di popolazione, di informazioni e dati specifici rispetto ad altri gruppi d'età al fine di individuare determinanti e indicatori di salute "riferibili ai bisogni di salute di un settore di popolazione che non è - o non è messa - nelle condizioni di esprimere i propri interessi al riguardo" (29).

Riprendendo le aree di sviluppo degli indicatori individuate da ECHI, CHILD costruisce una lista di 38 indicatori riconoscendo ulteriori ambiti definiti *fortemente raccomandati* per lo sviluppo di indicatori, ma sui quali è necessario un ulteriore lavoro per la loro definizione e per l'individuazione delle fonti dei dati (precisati solo per alcune classi di età). In particolare si evidenzia l'esigenza di indicatori riferibili a:

- coesione familiare e sociale

- tutela della genitorialità
- politiche sanitarie e politiche sociali di protezione
- politiche anti-bullismo
- disponibilità di programmi educativi per lo sviluppo di capacità e risorse
- disponibilità di spazi, tempi e strumenti per il gioco e divertimento .

Si tratta di ambiti per lo sviluppo di indicatori che ritroviamo ulteriormente ripresi e dettagliati nei progetti EUHPID e HBSC.

Il progetto di EUHPID *European Health Promotion Indicators Development* è frutto di una collaborazione tra 16 nazioni europee, la Commissione europea e lo International Union for Health Promotion and Education (IUPHE). Finalizzato alla costruzione di un sistema di monitoraggio europeo per la promozione della salute e all'identificazione della miglior pratica in promozione della salute, intende assicurare una più efficace applicazione dei principi della promozione della salute. Rispetto a ECHI, il Progetto EUHPID ha voluto fornire un modello di salute e di promozione della salute più forte e non focalizzare l'attenzione solo sul paradigma biomedico.

Scopo di EUHPID è stato, di conseguenza, quello di individuare una serie di indicatori che ampliassero il quadro di riferimento caratterizzato da un approccio tradizionale epidemiologico centrato sui fattori di rischio individuali, il quale non riflette la miglior pratica in promozione della salute, nè garantisce il migliore concetto di salute e un approccio caratte-

ristico del processo di sviluppo di salute.

Il lavoro compiuto include un dettagliato e critico quadro di analisi del livello delle conoscenze tecnico-scientifiche sulla promozione della salute, un modello di salute per lo sviluppo di indicatori internazionali e una lista di 122 indicatori riferibili ai contesti scuola, ospedale e luoghi di lavoro.

Lo studio HBSC (*Health Behaviour School-aged Children* - Comportamenti di salute in ragazzi di età scolare) è uno studio multicentrico internazionale realizzato in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, unica iniziativa ad approfondire la conoscenza sugli atteggiamenti e comportamenti e sulla percezione delle proprie condizioni di salute della fascia di età 11-15 anni.

Questa fascia costituisce una fase di forti cambiamenti sia a livello fisico che emozionale, ma anche il periodo della vita in cui vengono prese importanti decisioni riguardanti la salute e la carriera futura (scolastica e lavorativa).

Al fine di comprendere pienamente i fattori che influenzano la salute e i comportamenti ad essa collegati nella popolazione adolescente, lo studio esplora non solo i comportamenti di salute ma, in particolare, sia il contesto relazionale all'interno della famiglia e del gruppo di pari, sia l'ambiente di lavoro (scuola), sia il territorio in cui i giovani vivono così come le reti sociali che lo definiscono.

Nato nel 1982, HBSC ha assunto negli anni un ruolo fondamentale nella de-

finizione di concetti chiave su salute e contesto scolastico, nella costruzione di modelli e di conseguenti prove di efficacia sui determinanti di salute.

1 - Il quadro concettuale di riferimento per la costruzione sistema di indicatori di salute per l'età evolutiva

I riferimenti teorici evidenziati al termine della fase I della ricerca sono stati i seguenti:

- a. il *modello sviluppo di salute* (Health Development Model)
- b. il *modello EUHPID per lo sviluppo degli indicatori* con particolare riferimento al contesto scuola

a. Il modello sviluppo di salute (Health Development Model)

Il modello sviluppo di salute (Health Development Model) è caratterizzato da concetti e terminologia riferibili alla sanità pubblica, reputa la promozione della salute un valore, una prospettiva *salutogenica* e considera l'interazione tra individui, gruppi e contesto.

Ritiene la salute dei sistemi (o esseri) viventi non una condizione data, un fatto (*given*), ma un processo che si *ri-produce* continuamente nel tempo, processo riprodotto dagli stessi sistemi viventi che fanno uso di risorse (salutogenesi) al fine di conservare la propria identità (bio-psico-sociale) contro fattori di rischio (inserimento della patogenesi del sistema) di un ambiente complesso.

La salute si sviluppa in maniera positiva o negativa nel corso della vita; interventi intenzionali in questo processo di svi-

luppo possono venire dai servizi sanitari (prevenzione, cura, riabilitazione) e/o dalla promozione della salute (ai vari livelli da quello individuale al sistema ambientale).

Questa distinzione analitica è presente in termini di definizione di indicatori ma anche in termini di individuazione di paradigmi e principi di riferimento; costituisce un punto di riferimento nel comprendere e nel distinguere le differenze tra il paradigma dominante bio-medico/patogenico e la prospettiva di salute socio-ecologica/salutogenica della nuova sanità pubblica.

Il modello è basato sulla teoria dei sistemi e sviluppato includendo i seguenti elementi chiave:

1. la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che introduce *la dimensione fisica, mentale e sociale*,
2. il concetto di salute che si sviluppa *nell'interazione tra l'individuo e il suo ambiente*
3. il concetto di sviluppo continuo della condizione di salute analizzato da una prospettiva *salutogenica* (risorse di salute e salute positiva) o *patogenica* (fattori di rischio o malattia)
4. il processo di sviluppo di salute (in sé) che deve essere distinto da interventi intenzionali nel processo finalizzato ad accrescere la salute
5. per l'operatività. le aree di azione della carta di Ottawa

Il modello (fig. 1) evidenzia le **tre** dimensioni, fisica-mentale e sociale, le frecce illustrano la loro stretta interdipendenza;

la salute dell'individuo è connessa alle sue *capacità di salute*: **le capacità di salute** sono definite come proprietà o azioni dell'individuo che contribuiscono allo sviluppo della propria salute.

Si distinguono tre dimensioni delle capacità di salute fortemente interrelate, quella fisica (*fitness*), mentale (senso di coerenza) e dimensione sociale (sostegno sociale). La salute non è sviluppata e vive a sé stante ma è la risultante di una interazione forte, continua e dinamica dell'individuo con il suo contesto socio-ecologico.

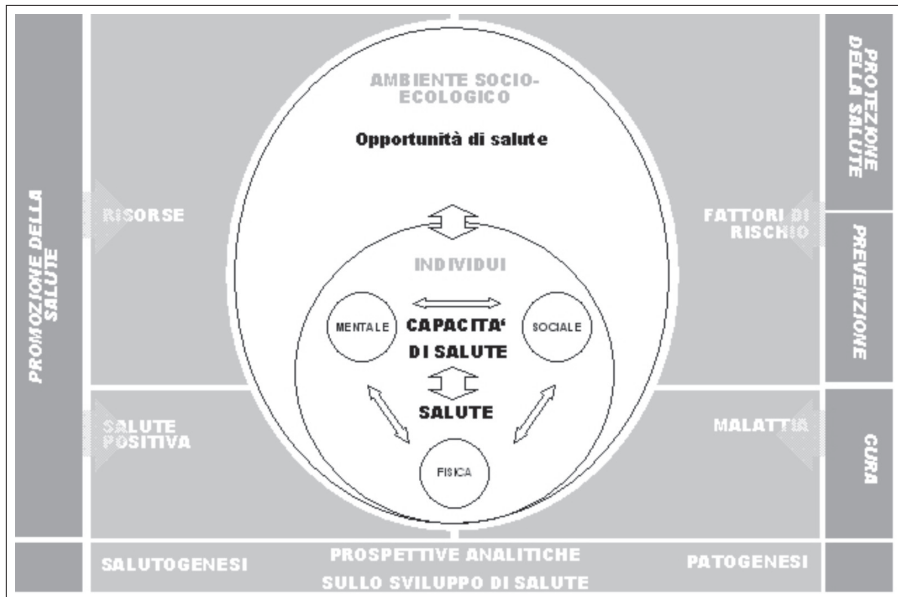
Questi aspetti del contesto che rivestono un'importanza chiave per la salute della popolazione sono quelli che accrescono o diminuiscono *le opportunità per uno sviluppo di salute sostenibile*.

Il termine *opportunità di salute* sottolinea che la persistenza di disuguaglianze in salute nelle nostre società è in larga parte dovuta a una iniqua distribuzione di tali opportunità.

Il modello sviluppo di salute (*Health Development Model*) individua un quadro di riferimento atto ad evidenziare quali elementi del processo di sviluppo di salute sono obiettivi prioritari o hanno maggiore influenza nelle rispettive strategie di azione.

La figura indica che in termini concettuali la promozione della salute raccomanda *in primis* lo sviluppo di salute in una prospettiva salutogenica, mentre la prevenzione, la tutela della salute e l'assistenza sono finalizzate alla riduzione e all'inversione dello sviluppo di salute patogenico.

Figura 1 - Il modello sviluppo di salute (health development model) EUHPID



da: *The EUHPID Project. Final Report to the European Commission, DG SANCO*

b. Il modello EUHPID per lo sviluppo di indicatori

Il modello di sviluppo di salute EUHPID fornisce dunque un solido razionale per la classificazione di indicatori di salute e di promozione della salute definendo tre categorie di indicatori di risultato di promozione della salute:

1. indicatori di opportunità di salute
2. indicatori di capacità di salute
3. indicatori di salute.

Per ognuna di queste categorie, sono definiti sottocategorie di indicatori a seconda degli *esiti salutogenica o patogenica*

In totale sono stati classificati 122 indicatori per ciascuno dei quali esiste la relativa scheda tecnica e misura.

Gli indicatori sono stati classificati in 3 classi, 6 raggruppamenti, 19 gruppi corrispondenti ciascuno ad una dimensione.

Le variabili sono state identificate all'interno di una serie di *aree chiave*

- *demografia*
- *stato socio economico (SES) e disuguaglianze*
- *coesione/capitale sociale*
- *coesione familiare*
- *salute mentale*
- *ben-essere e qualità della vita*
- *stili di vita*
- *politiche di promozione della salute*
- *nutrizione e accrescimento fisico*
- *sviluppo e accrescimento (intellettuale e sociale incluso)*
- *mortalità, morbosità, incidenti*
- *ambiente*

CLASSE di indicatori di “Esito di salute a livello individuale”

Raggruppamenti	Gruppi
<u>Malattia</u>	<i>Sociale (1)</i> <i>Mentale (4)</i> <i>Fisica (17)</i>
<u>Salute positiva/Benessere</u>	<i>Sociale (6)</i> <i>Mentale (4)</i> <i>Fisica (2)</i>

CLASSE di indicatori di “Capacità di salute a livello individuale”

Raggruppamenti	Gruppi
<u>Malattia</u>	<i>Sociale (1)</i> <i>Mentale (1)</i> <i>Fisica (7)</i>
<u>Salute positiva/Benessere</u>	<i>Sociale (8)</i> <i>Mentale (8)</i> <i>Fisica (5)</i>

CLASSE di indicatori di “Opportunità di salute a livello sociale”

Raggruppamenti	Gruppi
<u>Fattori di rischio</u>	<i>Contesto socio-ambientale (17)</i> <i>Politica (2)</i> <i>Organizzazione/Reti (5)</i> <i>Comunità (2)</i>
<u>Risorse</u>	<i>Contesto socio-ambientale (15)</i> <i>Politica (12)</i> <i>Organizzazione/Reti (5)</i>

- *accesso e utilizzazione dei servizi*

I criteri sui quali si è basata la selezione sono stati:

1. evidence-based
2. peso significativo per la società
3. peso significativo per la famiglia
4. peso significativo per il soggetto rappresentativo del gruppo di popolazione
5. regolarità e ripetibilità, per consentire analisi di tendenza
6. disponibilità dei dati
7. aree sensibili per interventi efficaci
8. comprensibilità a un'ampia audience

I determinanti del contesto scuola

Esiste un notevole corpo di ricerche e di esperienze che eleggono la scuola come setting per promuovere salute (17,23,27,28,35,36,37).

E' stato pertanto necessario analizzarle per utilizzare un dettagliato quadro di riferimento concettuale che consentisse per l'identificazione di indicatori di salute e promozione della salute riferibile a questo specifico contesto.

Gli studi più ampi si sono sviluppati, da un punto di vista operativo, attraverso il Network Europeo delle Scuole che Promuovono Salute (Europan Network of Health Promoting School/ENHPS), progetto della Commissione Europea, della Regione Europea dell'OMS e del Consiglio d'Europa (13,16,33); tra questi il protocollo di studio HBSC che ha dotato la ricerca scientifica di un forte rationale per l'analisi dei determinanti di salute dei ragazzi in età scolare (8,9).

La *scuola-ambiente di vita e di lavoro* viene

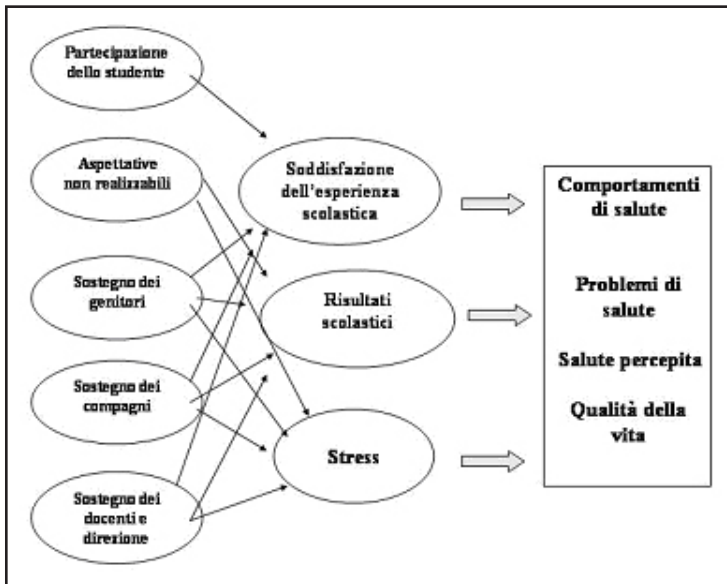
ricondotta a quattro elementi chiave in riferimento la salute degli studenti: 1. autonomia e controllo; 2 richieste di lavoro; 3. management; 4 supporto (insegnanti/genitori/ studenti) (Fig. 2).

Nell'ambiente scolastico *autonomia e controllo* sono riconducibili al concetto di partecipazione dello studente a livello di scuola e a livello di classe. La *partecipazione dello studente* e la responsabilità nella vita della scuola, assieme a *buone relazioni di supporto con gli insegnanti*, i genitori e con il gruppo classe sono importanti prerequisiti della *soddisfazione* a scuola (1,2,20,30,34).

Il *successo scolastico* è in sé un indicatore generale di una scuola efficace, ma limitati risultati scolastici sono anche correlati a comportamenti di emarginazione dalla scuola, a comportamenti antisociali e a comportamenti dannosi per la salute.

L'introduzione del concetto di *aspettative eccessive/stress* è riferibile alla percezione dello stress come risultato di uno squilibrio percepito tra il livello delle difficoltà e aspettative espresse e risorse possedute per soddisfare le richieste. Si crea uno squilibrio sia quando la domanda è troppo alta o troppo bassa in riferimento alle capacità individuali. Un ruolo eccessivamente sovraccarico può essere misurato attraverso lo stress percepito nel lavoro scolastico. Tali percezioni sono dannose per l'autocollaborazione e l'autostima. Alcuni ragazzi scelgono comportamenti di salute pericolosi come modalità per far fronte alla percezione di stress e, a lungo termine, la situazione può determinare problemi di salute e ridurre la qualità della vita. Un aumento

Figura 2 - La salute nel contesto scolastico



da: Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Survey (HBSC), Research Protocol for the 1997/98 Survey

del livello di stress può determinare un basso livello di soddisfazione nel lavoro scolastico, una bassa autostima e disturbi psicosomatici.

Allo studio della salute nel contesto è riferibile anche il concetto di *capitale sociale*, concetto relativamente recente e poco esplorato in riferimento ai giovani (3,4,5,6, 7,12,18,19,21,22,24,25,27,30,31,32).

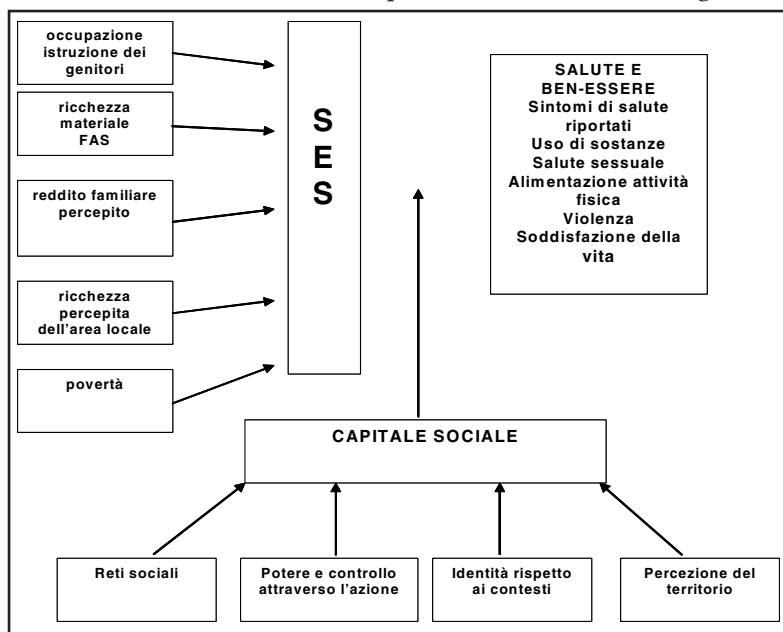
I pochi studi che esistono su *capitale sociale e ragazzi* hanno indagato il legame tra capitale sociale e successi scolastici, sviluppo intellettuale dei ragazzi, delinquenza giovanile, ma non la salute. Alcune ricerche (11) hanno evidenziato che il capitale sociale agisce come tampone contro gli effetti negativi di un ambiente sfavorevole

(abusi e/o ragazzi trascurati). I più importanti indicatori di capitale sociale si sono rivelati la percezione del sostegno sociale, il sostegno dei vicini, insieme all'appartenenza ad una chiesa.

Sono stati identificate le seguenti componenti relative a capitale sociale e soggetti in età pre- e adolescenziale (Fig. 3):

1. network sociali e supporto sociale, coinvolgimento e sostegno sociale
2. potere e controllo attraverso l'azione, sentimento di autonomia, partecipazione e consapevolezza nell'assunzione di decisioni nella vita del ragazzo
3. sentimento di appartenenza e identificazione con la scuola
4. percezione dell'area locale: sensazione

Figure 3 - SES (status socio-economic), capitale sociale e salute tra i giovani



da: Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC),
Research Protocol for the 2001/2002 Survey

di sicurezza, facilità e percezione delle risorse dell'area locale.

FASE 2 consultazione di esperti e definizione degli indicatori

Materiali e metodi

A partire dalla lista di indicatori individuata dalla ricerca condotta sulla letteratura internazionale sul tema del progetto si è passati ad una *Consultazione di esperti selezionati tra gli operatori del Servizio Sanitario Regionale, del Sistema scolastico e di operatori degli Enti Locali* che lavorano per la promozione della salute nel contesto scolastico allo scopo di:

- raccogliere il consenso tra esperti in

ambito regionale sul modello di salute utilizzato e sul relativo set di indicatori

- selezionare un set di indicatori di base in grado di supportare i processi di valutazione e di progettazione delle azioni rivolte alla promozione della salute in età evolutiva attuate, a livello territoriale, dai servizi socio-sanitari
- comprendere la fattibilità della rilevazione degli stessi indicatori nel territorio regionale.

Alla consultazione hanno preso parte: due direttori di Distretto, un operatore dei servizi consultoriali aziendali, un funzionario della Direzione scolastica regionale

le, un funzionario appartenente ad uno dei due uffici scolastici provinciali.

A ciascun esperto sono stati sottoposti tre documenti:

1. la presentazione del modello di salute EUHPID per l'età evolutiva
2. le linee guida per prendere parte alla consultazione
3. la lista dei 122 indicatori esito della ricerca bibliografica

Gli esperti dopo avere condiviso il modello di salute e di promozione di salute di riferimento hanno selezionato una lista base di 45 indicatori a partire da tre livelli di priorità.

A: è il livello più elevato di importanza, l'indicatore è indispensabile per rappresentare un aspetto della salute dei soggetti in età evolutiva, la mancanza di dati che lo rappresentino costituisce un grave deficit informativo che non consente un'adeguata analisi dei bisogni di salute e danneggia la programmazione. L'organizzazione di un flusso informativo che ne permetta la rilevazione è da considerare una priorità;

B: è il livello intermedio, l'indicatore contribuisce in modo significativo alla rappresentazione dello stato di salute ma non è indispensabile, la sua rilevazione può essere temporaneamente rinviata;

C: è il livello inferiore, l'indicatore contribuisce a rappresentare lo stato di salute ma non in modo determinante, la sua rilevazione potrebbe comunque arricchire il quadro informativo sullo stato di salute

Risultati

La lista di indicatori

Gli esperti dopo avere condiviso il modello di salute e di promozione di salute di riferimento hanno selezionato una lista base di 45 indicatori (v. tabella 1).

Nella lista finale sono stati inclusi gli indicatori di livello A e B, a fianco di ciascun indicatore è riportata la fonte di dati più accessibile nel territorio.

Discussione

Il set di indicatori selezionato, oltre a fornire una serie di elementi osservabili, può essere interpretato come il prodotto di una cultura della salute in età evolutiva che circola ampiamente nella Regione Umbria. L'approccio alla salute in età evolutiva condiviso dagli operatori sanitari, sociali e del mondo scolastico ha superato il tradizionale approccio biomedico e percorre con decisione la via della promozione della salute. Inoltre il processo di riduzione compiuto attraverso la consultazione di esperti dalla prima lista di 122 indicatori ha fatto emergere, la convinzione che gli operatori hanno dello stretto rapporto tra salute e contesto/ambiente e su un piano più specifico la convinzione che il contesto/ambiente scolastico è decisivo nel determinare la salute del periodo preadolescenziale e adolescenziale. Naturalmente non si può pensare che soprattutto il personale sanitario sottostimi il valore di variabili biomediche nel definire lo stato di salute in questa fascia d'età. Tuttavia il modello di salute

Tabella 1 - Lista finale di indicatori

1. CLASSE INDICATORI DI ESITO DI SALUTE A LIVELLO INDIVIDUALE		
N.		FONTI*
<i>Malattia</i>		
Sociale		
1	numero di reati che hanno avuto come vittima soggetti in età evolutiva nel corso dell'ultimo anno	Forze dell'ordine/questura
Mentale		
2	depressione	Pls/Mmg
3	disordini/disturbi ansiosi generalizzati	Pls/Mmg
4	tentativi di suicidio	Pls/Mmg
5	disturbi del comportamento alimentare	Pls/Mmg
Fisica		
6	Obesità	Pls/Mmg
7	Allergie	Pls/Mmg
8	Incidenti	Pls/Mmg
9	Disabilità	Pls/Mmg
<i>Salute positiva/benessere</i>		
Sociale		
10	essere inseriti in un clima sociale di fiducia e in cui prevalgono norme di mutuo aiuto e reciprocità	HBSC
11	avere relazioni sociali	HBSC
12	qualità e quantità delle relazioni sociali	HBSC
13	percezione di avere relazioni sociali, reciprocità, fiducia, condivisione cooperazione	HBSC
Mentale		
14	salute dichiarata	HBSC
15	benessere psicologico	HBSC
2. CLASSE INDICATORI DI CAPACITÀ DI SALUTE A LIVELLO INDIVIDUALE		
N.		FONTI*
<i>Prevenzione - Fattori di rischio</i>		
Fisica		
16	vaccinazioni	Asl
17	salute orale	Pls/Mmg
18	consumo regolare di tabacco	HBSC
19	consumo di alcol	HBSC
20	uso di droghe illecite	HBSC
<i>Risorse</i>		
Sociale		
21	essere inseriti in una scuola che programma, sviluppa e valuta progetti di promozione della salute	POF
22	presenza di un curriculum integrato	POF
23	coinvolgimento dei genitori	HBSC
24	% di insegnanti che hanno un senso di appartenenza alla scuola	indagini ad hoc
25	% di insegnanti che hanno un buon senso di coerenza	indagini ad hoc

26	% di insegnanti che hanno un alta auto-stima	indagini ad hoc
27	% di insegnanti a cui piace il proprio lavoro	indagini ad hoc
	Mentale	
28	supporto dei genitori per i ragazzi	HBSC
29	% di ragazzi che dichiarano un senso di appartenenza alla scuola	HBSC
30	% di ragazzi a cui piace la scuola	HBSC
31	% di ragazzi che dichiarano di trovarsi bene in classe	HBSC
32	% di ragazzi che dichiarano di ricevere aiuto per il lavoro a scuola quando ne hanno bisogno	HBSC
	Fisica	
33	salute mentale (benessere psicologico e approcci adeguati)	Pls/Mmg
3. CLASSE INDICATORI DI OPPORTUNITÀ DI SALUTE LIVELLO SOCIALE		
	<i>Fattori di rischio</i>	FONTI*
	Contesto socio -ambientale	
34	% di ragazzi che vivono con un solo genitore	HBSC
35	situazione familiare dei ragazzi (condizione socioeconomica)	HBSC
36	% abbandoni scolastici	Direzione Scolastica Regionale
37	assenteismo di studenti/docenti	istituti scolastici
38	grado di alfabetizzazione rispetto alla salute	indagini ad hoc
39	esposizione al rumore in classe	HBSC
40	isolamento/partecipazione sociale a scuola	HBSC
41	esperienza di violenza a casa	Forze dell'ordine/questura
42	modalità corrette (sane) di distribuzione dei prodotti alimentari	DIP
43	Formazione degli insegnanti	MIUR/Istituti Scolastici
	Organizzazione/reti	
44	% scuole primarie e secondarie con collegamenti tra i diversi ordini	istituti scolastici
45	presenza di una politica (risorse umane, finanziarie deputate) di promozione della salute	indagini ad hoc

* Pls = Pediatri di libera scelta

Mmg = Medici di medicina generale

HBSC = Protocollo di ricerca *Health Behaviour School Aged Children*, questionario autosomministrato *dell'European Network of Health Promoting Schools*

ASL= Aziende unità sanitarie locali

POF= Piano offerta formativa istituti scolastici

DIP= Dipartimento di Prevenzione ASL

che emerge tende a sottolineare il peso che le risorse della persona e le risorse della comunità hanno nel determinare il livello di salute rispetto ai tradizionali fattori

di rischio. Un approccio quindi chiaramente *saluto-genico* piuttosto che *pato-genico*. Una visione positiva della salute piuttosto che una visione negativa.

Questa scelta è stata resa esplicita e divulgata presso tutte le realtà regionali che si occupano di età evolutiva (in primo luogo le realtà sociosanitarie) per fornire stimolo ad un'adozione sempre più estesa di questo approccio e del set di indicatori che ne è scaturito.

Da un punto di vista più operativo il set di indicatori può essere considerato il nucleo di un possibile sistema informativo a base distrettuale per la programmazione delle politiche per la salute in età evolutiva e per la valutazione dell'impatto di queste politiche. Come è evidente dalla sua disamina, l'origine dei dati deriva prevalentemente da indagini *ad hoc* che riguardano i vari target coinvolti e le principali istituzioni che si interessano di salute in questa fascia d'età. Certamente minore è, allo stato attuale, il peso delle fonti correnti. Ciò tuttavia non deve essere considerato un ostacolo insormontabile, ma essere assunto piuttosto come uno stimolo a dotare il sistema della programmazione sociosanitaria regionale di un sistema informativo scientificamente adeguato alla natura dei fenomeni di salute in età evolutiva, che al momento non esiste in quanto tale, dandone collocazione presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Nella ricerca preliminare alle rilevazioni, sono stati esaminati diversi rapporti di ricerca empirica, prodotti da agenzie regionali (Agenzia Umbra per la Ricerca), strutture del servizio sanitario (distretti), enti locali (assessorati comunali alle politiche giovanili), università. Essi hanno fornito un

ricco materiale, ma si è evidenziato anche lo stato di polverizzazione dell'informazione che circola nella Regione rispetto ad una visione positiva della salute dei nostri giovani.

Conclusioni

Se finalità della programmazione regionale è quella di avviare un circolo virtuoso tra informazione, definizione di obiettivi, interventi, valutazione di impatto sulla salute, sia a livello regionale che territoriale, allora è indispensabile superare questa frammentazione informativa.

Il principale risultato del progetto è stato quello di fornire una base comune di lavoro, scientificamente aggiornata, per la creazione di un sistema informativo regionale sulla salute in età evolutiva che integri e allinei le risorse informative sociosanitarie esistenti. L'aspetto rilevante è quello di fornire informazioni su ciò che sta all'origine degli outcome sanitari e di conseguenza di fornire indicazioni concrete e operative relative all'intervento sui determinanti di salute dei ragazzi e delle ragazze.

Ciò avverrà auspicabilmente quanto più si consoliderà la strategia dei *Piani integrati per una scuola produttrice di salute*, (identificati quale strumento operativo all'interno dei Patti per la Salute del Piano Sanitario Regionale attualmente in atto) al presente già in fase di attuazione in alcuni Distretti socio-sanitari. Il Piano integrato consente infatti il consolidamento di una rete sul territorio tra *Distretto socio-sanitario, Istituti scolastici e Direzione*

Scolastica Regionale dell'Umbria, Pediatri di libera scelta e Medici di Medicina Generale che potrebbe garantire la rilevazione periodica e sistematica degli indicatori per il monitoraggio della salute e benessere degli studenti e della comunità educativa nel suo complesso.

Nel quadro del Patto territoriale per la Scuola Produttrice di Salute, si può inoltre osservare, da un punto di vista organizzativo, l'esigenza di valorizzare il ruolo del Distretto Sanitario come responsabile della salute dei giovani del proprio territorio e promotore della rete territoriale di supporto. In particolare, molta attenzione dovrà essere dedicata a sviluppare azioni di sostegno all'età evolutiva nella scuola che superino la parcellizzazione at-

tuale di interventi "a pioggia" attuati senza una visione globale dei bisogni di salute delle componenti scolastiche e affidati ai più disparati soggetti. Da questo punto di vista il Patto territoriale si configura come lo strumento ottimale per ottenere la base istituzionale attraverso cui si realizzi quella concertazione all'interno della quale sviluppare armonicamente il Piano della salute dell'età evolutiva del Distretto e la Valutazione d'Impatto ad esso conseguente. A tal proposito ci appare di non secondaria importanza considerare che in tal modo il Distretto assolverebbe anche a quel compito di governo della salute della propria popolazione alla quale esso è continuamente richiamato.

Collaborazioni e ringraziamenti

Il gruppo di ricerca è lieto di rivolgere il proprio ringraziamento a quanti – direttamente o indirettamente – hanno partecipato al raggiungimento dei risultati del progetto. Desideriamo rivolgerci agli operatori della struttura tecnica del DVSS presso l'Assessorato Regionale alla Sanità ed al coordinamento della sezione DVSS sui Determinanti di salute, agli autori delle rilevazioni già svolte in Umbria e che sono state messe a disposizione del progetto, agli operatori dei distretti sanitari, ai dirigenti scolastici, ai docenti delle scuole nelle quali è stata condotta la rilevazione HBSC e, soprattutto, a tutti gli studenti che hanno messo a disposizione del progetto parte della loro vita. Ci auguriamo che i risultati del nostro lavoro possano contribuire realmente a promuovere la loro salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson A. R., Christenson S. L., Sinclair M. F., Lehr C. A. (2004), *Check & Connect: the importance of relationships for promoting engagement with school*. "Journal of School Psychology" Vol. 42, pp. 95-113.
2. Aveyard P., Markham W. A., Cheng K.K. (2004), *A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke*. "Social Science & Medicine" Vol. 58, 11, pp. 2253-2265.
3. Boardman J. D. (2004), *Stress and physical health: the role of neighborhoods as mediating and moderating mechanisms*. "Social Science and Medicine" Vol. 58, 12, pp. 2473-2483.
4. Caughy O'Brien M., O'Campo P. J., Muntaner C. (2003), *When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health*. "Social Science and Medicine", Vol. 57, pp. 227-237.
5. Christensen P. (2004), *The health-promoting family: a conceptual framework for future research*. "Social Science and Medicine" Vol. 59, 2, pp. 377-387.
6. Croninger R. G., Lee V. E. (2001), *Social capital and dropping out of high school: benefits to at-risk students of teachers' support and guidance*. "The Teachers College Record" Vol. 103, 4, pp. 548-581
7. Crosby R. A., Holtgrave D. R., Di Clemente R. J., Wingood G. M., Gayle J. A. (2003), *Social Capital as a Predictor of Adolescents' Sexual Risk Behaviour: A State-Level Exploratory Study*. "AIDS and Behaviours" Vol. 7, 3, pp. 245-252
8. Currie C et al (1998), *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Survey (HBSC), Research Protocol for the 1997/98 Survey*. Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh
9. Currie C, Samdal O, Boyce W and Smith R. (2001), *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 Survey*. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
10. Davies J.K. (eds) (2004), *The Development of a European Health Promotion Monitoring The EUHPID Project. Final Report to the European Commission*, DG SANCO, International Health Development Research Centre, Faculty of Health, University of Brighton, United Kingdom.
11. Dorsey S., Forehand R. (2003), *The Relation of Social Capital to Child Psychosocial Adjustment Difficulties: The Role of Positive Parenting and Neighborhood Dangerousness* "Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment" Vol. 25, 1, pp. 11-23.
12. Dworkin J. B., Larson R., Hansen D. (2003), *Adolescents' Accounts of Growth Experiences in Youth Activities* "Journal of Youth and Adolescence" Vol. 32, 1, pp. 17-26.
13. ENHPS (1995), *Towards an Evaluation of the European Network of Health Promoting Schools; The EVA Project*, Brussels. European Commission.
14. *European Community Health Indicators Final report by the ECHI 1 Project*, february 15, 2001, National Institute of Public Health and the Environment, Bilthoven, The Netherlands.
15. *European Community Health Indicators Final report by the ECHI 2 Project*, june 20, 2005, National Institute of Public Health and the Environment, Bilthoven, The Netherlands
16. *First Workshop on practice of evaluation of the Health Promoting Schools: models, experiences and perspectives*, Berni Thun, Switzerland, 19-22 november 1998.
17. Gillander Gådin K., Hammarström A. (2002), *Can school-related factors predict future health behaviour among young adolescents?* "Public Health" Vol. 116, 1, pp. 22-29.
18. Gilman R. (2001), *The relationship between life satisfaction, social interest, and frequency of extracurricular activities among adolescent* "Students Journal of Youth and Adolescence" Vol. 30, 6, pp. 749-767.
19. Gradstein M., Justman M. (2000), *Human capital, social capital and public schooling*. "European Economic Review", Vol. 44, pp. 879-890.
20. Huebner, E. S., Ash, C., Laughlin J. E. (2001), *Life experiences, locus of control, and school satisfaction in adolescence*. "Social Indicators Research" Vol. 55, 2, pp. 167-183.
21. Huebner, E. S., Valois R. F., Suldo S. M., Smith L. C., McKnight C. G. et. al. (2004), *Perceived quality of life: a neglected component of adolescent health assessment and intervention*. "Journal of Adolescent Health" Vol. 34, 4, pp. 270-278.
22. Karvonen S., Rimpelä A. H. (1997), *Urban small area variation in adolescents' health behaviour* "Social Science and Medicine" Vol. 45, 7, pp. 1089-1098.
23. Kolbe, L. J. et al (1997), *Frameworks to inform the Development of US Adolescent Health Indicators for the 21st Century*. "Promotion & Education", 4, pp

- 30-36.
24. Labonte Ronald (2004), *Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic*. "Health Promotion International". Vol. 19, 1, pp115-121.
 25. Lundborg P (2005), *Social capital and substance use among Swedish adolescents-an explorative study*, "Social Science and Medicine" Vol. 61, 6, pp. 1151-1158.
 26. Marston C. (2004), *Gendered communication among young people in Mexico: implications for sexual health interventions*. "Social Science and Medicine" Vol. 59, 3, pp. 445-456.
 27. Nutbeam, D. (1997), *Indicators of Adolescent Health: expanding the Framework for assessing Health Status among Young People*. "Promotion & Education", 4, pp 10-15.
 28. Piette D., Roberts C., Prévoste M. et al (1997), *Tracking down ENPHS successes for sustainable development and dissemination. The EVA2 project*. ENHPS.Copenhagen
 29. Rigby M., Köhler L. (eds) (2002), *European Union Community Health Monitoring Programme, Child Health Indicators of Live and Development (CHILD) Report to the European Commission*, Keele University, United Kingdom, Nordic School of Public Health, Sweden.
 30. Rosenfeld, Lawrence B., Richman J. M., Bowen G. L. (2000), *Social Support Networks and School Outcomes: The Centrality of the Teacher*. "Child and Adolescent Social Work Journal" Vol. 17, 3, pp. 205-226.
 31. Runyan D, Hunter W, Socolar R (1998), *Children who prosper in unfavourable environments: the relationship to social capital*. "Pediatrics", 101, 12-18.
 32. Sallinen, M., Kinnunen U. Rönkä A. (2004), *Adolescents' experiences of parental employment and parenting: connections to adolescents' well-being*. "Journal of Adolescence" Vol. 27, 3, pp. 221-237.
 33. *Second Workshop on practice of evaluation of the Health Promoting Schools: models, experiences and perspectives*, Nottwill, Switzerland, 21-24 september 2001
 34. Seligson J. L., Huebner E. S., Valois R. F. (2003), *Preliminary Validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS)*. "Social Indicators Research" Vol. 61, 2, pp. 121-145.
 35. St Leger L. (1999), *Health Promotion Indicators: Coming Out of the Maze with a Purpose*. Editorial "Health Promotion International". Vol.14, 3 pp. 193-195.
 36. St Leger L. (2000), *Developing Indicators to enhance School Health*. "Health Promotion International", 15, 6 pp 719-728.
 37. US Department of Health and Human Services (1991), *Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives and healthy school*, "Journal of School Health", 61, pp 298-328.