

NORMATIVE NAZIONALI E REGIONALI DI RIFERIMENTO

1. Direttiva del Ministro della Pubblica Istruzione, 3 dicembre 1999, n.292, recante linee d'indirizzo per la presentazione, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi di educazione alla salute da parte delle scuole di ogni ordine e grado e per lo svolgimento di attività di formazione;
2. D.G.R.C n.460/1999 che evidenzia l'importanza di realizzare interventi di educazione alla salute, su diverse tematiche, a favore degli adolescenti;
3. D.P.R. 347 del 6 novembre 2000 che include nei compiti istituzionali dell'Ufficio Scolastico Regionale la promozione della ricognizione delle esigenze formative, lo sviluppo della relativa offerta sul territorio e il supporto alle istituzioni scolastiche autonome;
4. D.G.R.C. n.1584/2005 che sottolinea l'importanza di attivare un agire sistemico volto a coinvolgere diverse istituzioni/agenzie che integrandosi tra loro, concordino e sostengano azioni comuni di promozione della salute;
5. D.G.R.C n.2312/2007 che prevede, tra le diverse azioni, un progetto per la prevenzione del bullismo ed un progetto per l'educazione sessuale/sentimentale;
6. Piano Nazionale per il Benessere dello Studente 2007/2010: linee di indirizzo per l'anno scolastico 2007/2008 per la prevenzione del disagio fisico psichico e sociale a scuola;
7. Protocollo d'Intesa tra Ministeri della Salute e dell'Istruzione-Università-Ricerca del 05.01.2007, sul Piano "Guadagnare Salute" che stabilisce che vengano definite strategie comuni tra Sanità e Scuola e vengano realizzati interventi volti a promuovere una cultura condivisa in materia di promozione della salute, per la prevenzione di patologie croniche e per il contrasto di fenomeni di rischio tipici dell'età giovanile;
8. DPCM 4 maggio 2007 che approva il Programma Nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" e il correlato programma "Guadagnare Salute in Adolescenza";
9. L.R. n.9/2009 che sottolinea l'importanza di assicurare attività di promozione ed educazione alla salute rivolte ai pazienti diabetici;
10. L.R. n. 18 del 25 novembre 2013 "Legge quadro regionale sugli interventi per la promozione e lo sviluppo della pratica sportiva e delle attività motorio educativo-ricreative";
11. Decreto Commissariale n.94/2013 e successivo n.105 del 1.10.2014 di attuazione degli *Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale* per gli anni anno 2012 e 2013, che approva il Progetto Equità in Salute, comprendente la Macroarea IV "Promozione della salute e diffusione delle buone pratiche";
12. Piano d'azione globale per la Salute Mentale 2013-2020 evidenzia l'importanza di attivare azioni di promozione e di prevenzione nel campo della salute mentale, nel setting scolastico;
13. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti n.82/CSR del 10 luglio 2014);
14. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulla proposta del Ministero della Salute è stato approvato il Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 (Rep. Atti n. 156/CSR del 13 novembre 2014);
15. Legge n.107/2015 prevede la realizzazione di iniziative volte a promuovere la conoscenza delle tecniche di primo soccorso, nel rispetto dell'autonomia scolastica, in collaborazione con le AA.SS.LL;

16. Protocollo d'Intesa tra Ministeri della Salute e dell'Istruzione-Università-Ricerca del 02.04.2015 "Per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione" che mira, tra l'altro, a promuovere l'offerta attiva di iniziative di promozione ed educazione alla salute rivolte a bambini e adolescenti, anche attraverso il coinvolgimento dei servizi e dei professionisti sanitari del territorio e delle famiglie, privilegiando metodologie di "*peer education*" e "*life skill education*";
17. D.G.R.C. n.860/2015 e successivo DCA n° 36 del 01.06.2016 di approvazione del Piano Nazionale e della Prevenzione 2014-2018 (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancita nella seduta della Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014);
18. Nota congiunta MIUR e Ministero della Salute Prot. DGPRES 0026460-P-16/09/2016 volta ad assicurare una collaborazione paritaria tra gli operatori della scuola e della salute, in accordo alla visione nazionale e sovranazionale de "La Salute in tutte le Politiche";
19. DCA n° 99 del 22.09.2016 recante il Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018;
- 20.** DPCM 12 gennaio 2017 recante Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

PROGRAMMI UNITARI PER TEMA, TARGET E SETTING
Programmi in base al PRP 2014-2018

TEMATICHE	TARGET FINALE	TARGET INTERMEDIO	SETTING
Potenziare i fattori di protezione	Preadolescenti, adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola
Attività motoria, alimentazione, salute orale	Bambini, preadolescenti, adolescenti, adulti, anziani	Genitori, insegnanti, PLS, MMG, operatori di enti e agenzie	Comunità, Scuola e Ambienti Sanitari, Luoghi di lavoro
Prevenzione tabagismo, abuso di alcol e altre dipendenze da sostanze e da comportamenti	Preadolescenti, adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, PLS, MMG, operatori di enti e agenzie	Comunità, Scuola e Ambienti sanitari, Luoghi di lavoro
Promozione e sostegno dell'allattamento materno	Donne in gravidanza, madri di bambini 0-2 anni	Genitori, PLS, personale dei punti nascita, operatori di enti e agenzie	Ambienti sanitari e Comunità
Sostegno alla genitorialità sui determinanti di salute dei bambini 0-3 anni	Genitori, neonato, lattante, bambino,	PLS, operatori di enti e agenzie	Ambienti sanitari e Comunità
Promozione del benessere psicologico	Bambini, preadolescenti, adolescenti, adulti, anziani	Insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità, Scuola, Ambienti Sanitari, Luoghi di lavoro
Promozione della sessualità responsabile e prevenzione HIV-MST	Adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, PLS, MMG, operatori di enti e agenzie	Comunità, Scuola e Ambienti sanitari
Prevenzione incidenti stradali	Adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, PLS, MMG, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola, Ambienti sanitari
Prevenzione incidenti domestici	Bambini, anziani, donne, altri adulti	Genitori, insegnanti, care giver, PLS, MMG, operatori di enti e agenzie	Comunità, Scuola e Ambienti sanitari,
Promuovere la salute delle persone con patologie croniche	Persone con patologie croniche, familiari,	MMG, operatori di enti e agenzie	Ambienti sanitari, Comunità
Promozione del corretto uso della telefonia cellulare	Preadolescenti, adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola

Prevenzione rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	Preadolescenti, adolescenti, giovani, adulti	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola
Promuovere la salute dei soggetti a rischio di MCNT	Soggetti a rischio di MCNT	PLS, MMG	Ambienti sanitari
Promuovere la salute favorendo l'adesione agli screening oncologici	Destinatari screening oncologici	MMG, operatori di enti e agenzie	Comunità, Ambienti sanitari, Luoghi di lavoro
Promuovere la salute favorendo l'adesione alle campagne vaccinali	Destinatari campagne vaccinali	PLS, MMG, genitori, operatori di enti e agenzie	Comunità e Ambienti sanitari
Promuovere la cultura della salute e la sicurezza del lavoro	Lavoratori e futuri lavoratori	Imprese, sindacati, insegnanti, MMG, altri operatori di enti e agenzie	Luoghi di lavoro, Comunità, Scuola e Ambienti sanitari
Promozione della salute sul tema dell'ambiente	Preadolescenti, adolescenti, adulti,	Genitori, insegnanti, PLS, MMG, operatori di enti e agenzie	Comunità, Scuola e Ambienti Sanitari
Prevenzione randagismo e corretto rapporto uomo-animale-ambiente	Preadolescenti, adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola

Programmi unitari in base ad altri indirizzi

TEMATICHE	TARGET FINALE	TARGET INTERMEDIO	SETTING
Prevenzione del bullismo	Bambini, preadolescenti, adolescenti,	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola
Promuovere la cultura del primo soccorso	Preadolescenti, adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola
Promuovere la cultura della solidarietà: la donazione degli organi	Preadolescenti, adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola
Promuovere la cultura della solidarietà: la donazione del sangue	Preadolescenti, adolescenti, adulti	Genitori, insegnanti, operatori di enti e agenzie	Comunità e Scuola

GRIGLIE PER LA VALUTAZIONE GENERALE DI BUONA PRATICA

		domande per valutare la qualità dell'attività	SI	in parte	NO
legittimazione normativa	1	sono richiamate le norme, gli indirizzi, ecc che legittimano il progetto *			
analisi del contesto	2.1	è presente l'analisi del contesto			
	2.2	è stato verificato se nell'ASL o nel territorio esistono in atto o in programma altri interventi sul tema, contesto, target? *			
	2.3	se esistono altre attività sul tema, contesto o target, è indicata l'opportunità di questa nuova attività? *			
completezza e coerenza	3.1	l'intervento ha elementi di integrazione e interconnessione con altri? *			
	3.2	è stato individuato il target finale?*			
	3.3	sono individuati i determinanti del comportamento e i bisogni educativi di salute? *			
	3.4	sono individuati i destinatari intermedi? *			
	3.5	sono descritti gli obiettivi di salute? *			
	3.6	sono descritti gli obiettivi educativi? *			
	3.7	sono descritti gli obiettivi di servizio? *			
	3.8	c'è coerenza tra obiettivi di salute, educativi e di servizio? *			
	3.9	sono descritti gli argomenti che saranno trattati nel corso delle attività? *			
	3.10	sono descritte le attività programmate per vari setting e destinatari? *			
	3.11	c'è congruità tra obiettivi educativi, argomenti, attività? *			
	3.12	sono descritti gli interventi per migliorare il contesto e renderlo promotore di salute?			
	3.13	sono descritte le risorse (es, operatori, strumenti, ecc) e le opportunità? *			
	3.14	sono analizzate le possibili criticità e le soluzioni adottate? *			
	3.15	sono individuati gli ambiti territoriali di attuazione e i rispettivi setting? *			
	3.16	è presente il cronogramma? *			
legittimazione	4.1	sono esplicitati i modelli teorici a cui il progetto fa riferimento? *			
	4.2	l'intervento adatta al proprio contesto una buona pratica o una metodologia efficace? *			
	4.3	se il progetto è nel setting Scuola, fa riferimento al modello Scuole Promotrici di Salute? *			
progettazione partecipata	5.1	il Progetto è stato elaborato da operatori di diverse strutture e/o contesti dell'ASL? *			
	5.2	il Progetto è co-progettato con gli stakeholder?			

	5.3	sono previsti gruppi di lavoro multi-professionali e multi-disciplinari?			
	5.4	sono previsti gruppi di lavoro multi-settoriali? *			
equità	6.1	sono predisposti strumenti/metodi per contrastare le diseguaglianze? *			
	6.2	si verifica se si raggiungono i soggetti svantaggiati e si contrastano le diseguaglianze? *			
sostenibilità	7	è argomentata la sostenibilità?			
riproducibilità	8	è argomentata la riproducibilità?			
trasparenza	9	sono descritte le modalità di comunicazione dei risultati a target e stakeholder?			
consistenza e impatto stimato	10.1	numero di destinatari finali che si prevede di raggiungere *			
	10.2	numero di destinatari intermedi che si prevede di raggiungere *			
	10.3	stima dell'impegno lavorativo (operatori per ore lavorate/anno)			
	10.4	stima delle spese necessarie (escluso personale ASL) *			
dati dell'attività svolta	11.1	numero di destinatari finali effettivamente raggiunti *			
	11.2	numero di destinatari intermedi effettivamente raggiunti *			
	11.3	principale risultato della valutazione degli obiettivi di comportamento (es, % di persone che ha modificato il proprio comportamento)? *			
	11.4	principale risultato della valutazione degli obiettivi educativi (es, % di soggetti che ha acquisito determinate conoscenze)			
	11.5	principale risultato della valutazione degli obiettivi di salute			
	11.6	principali risultati della valutazione di gradimento?			
	11.7	impegno lavorativo (operatori per ore lavorate/anno)			
	11.8	ammontare delle spese sostenute (escluso personale ASL) *			

***NB.** Gli item con asterisco contengono quegli elementi che non dovrebbero mai mancare in una buona pratica

INDICAZIONI SUGLI INTERVENTI EFFICACI PER SPECIFICI SETTING, TEMI E TARGET

Riportiamo alcune indicazioni che emergono dalla ricerca scientifica sugli elementi che sembrano essere influenti per l'efficacia delle attività di educazione e promozione della salute nei diversi setting, temi e target. Le indicazioni tengono conto soprattutto delle ricerche attuate in contesti simili a quello italiano e non hanno pretesa di esaustività, ma solo di facilitare il lavoro degli operatori impegnanti in questo campo.

Su varie attività indicate nel Piano Regionale della Prevenzione non esistono ancora evidenze sufficienti su quali strategie, metodi e strumenti sono importanti perché l'intervento sia efficace e, per alcuni temi, target e contesti, non vi sono nemmeno sufficienti evidenze dell'efficacia degli interventi. Per tali motivi in questo testo mancano attività prescritte dal PRP: perché non si sa ancora quali “indicazioni specifiche” dare. **Ciò non esime le AA.SS.LL. dallo svolgere tali attività, che, per quanto detto prima, sarebbe opportuno valutare anche dal punto di vista dell'esito.**

Obiettivi prioritari

Alimentazione

Bambini 0-1 anno. Allattamento materno esclusivo dalla nascita a 6 mesi. Svezamento graduale intorno ai 6 mesi variando gli alimenti.

Da 1 anno alla vecchiaia. 5 porzioni verdura/frutta al giorno; limitare il consumo di grassi (merendine, dolci, ecc.) e di grassi saturi in particolare (carni grasse, formaggi), di bibite dolci, di alimenti ad alto contenuto di zuccheri semplici; ridurre il consumo di sale; limitare le carni rosse specie se conservate.

Attività fisica

Bambini e adolescenti. Almeno 1 ora al giorno di attività fisica (possibilmente 2 ore), da moderata a vigorosa (meglio frazionata in episodi di almeno 10 minuti). Non restare più di 1 ora inattivi.

Adulti. Almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata (possibilmente 1 ora al giorno) e almeno 1 ora di attività fisica vigorosa alla settimana (possibilmente 7 ore alla settimana), meglio frazionata, con episodi di almeno 10 minuti. Le persone inattive devono raggiungere tali obiettivi gradualmente. Non restare più di 1 ora inattivi.

Anziani. Almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata o tra moderata e intensa (possibilmente 5 ore a settimana), meglio frazionata, con frazioni di almeno 10 minuti. Praticare almeno 3 volte a settimana esercizi che favoriscono l'equilibrio ed esercizi di rafforzamento muscolare. Le persone inattive devono raggiungere tali obiettivi gradualmente. Non restare a lungo inattivi.

Fumo, alcol e altre sostanze psicoattive

Donne gravide o che allattano, bambini. Non assumere alcolici o sostanze psicoattive, né fumare.

Adulti. Prevenire la sperimentazione, favorire la cessazione o, nelle persone che hanno difficoltà a smettere, l'adozione di interventi di riduzione del danno.

Incidenti stradali.

Usare i dispositivi di sicurezza; non guidare se si è assunto alcol o sostanze psicoattive; favorire la pratica del guidatore designato; rispettare le norme del Codice della Strada (limiti velocità, distanze di sicurezza ecc.). Focalizzare gli interventi soprattutto sui genitori di bambini e sui giovani.

Incidenti domestici

Focalizzare gli interventi soprattutto sui bambini sotto i 5 anni e sugli anziani. Puntare soprattutto su rendere la casa più sicura. Promuovere l'attività fisica negli anziani. Corretta gestione del soggetto infortunato, in particolare in caso di soffocamento, ustione, trauma dentale.

Salute orale

Niente zucchero o miele sul ciucciottolo; evitare il succhiamento del pollice o del ciucciottolo dopo i 2-3 anni; lavare i denti dopo i pasti (da 1 anno a 3 anni da parte dei genitori, da 3 a 5 sotto la supervisione dei genitori); corretta modalità di lavaggio dei denti; utilizzare dentifricio contenente fluoro; evitare i fuoripasto specie se ad alto indice cariogeno; consigliare visita di controllo a 4 e 6 anni e successivamente almeno ogni anno.

Sessualità responsabile

Prevenire le infezioni sessualmente trasmesse e le gravidanze indesiderate.

Bullismo

Prevenire il bullismo, minimizzare nella vittima gli effetti negativi del bullismo.

Setting comunità

Alimentazione

- accordi con panificatori per ridurre il contenuto di sale nei prodotti da forno;
- iniziative pubbliche per favorire la sperimentazione di frutta e verdura da parte di bambini e adolescenti.

Attività fisica

- favorire provvedimenti sul contesto urbano che facilitino la pratica dell'attività fisica (piste e percorsi ciclabili; aree e percorsi pedonali; aree gioco per bambini; interventi che scoraggino l'uso di auto e moto; attrezzature per lo sport; ecc.);
- favorire e promuovere servizi di piedibus, ciclobus, gruppi di cammino, di ginnastica dolce e ballo per anziani;
- favorire la messa in sicurezza dei percorsi pedonali e ciclabili;
- favorire la mobilità sostenibile.

Fumo e alcol

- far rispettare dagli enti preposti le norme sul divieto di fumare e sulla vendita di tabacco e alcolici ai minori.

Incidenti stradali

- interventi nei luoghi del divertimento dei giovani (discoteche, concerti ecc.), utilizzando modalità comunicative basate sul consiglio breve e sulla consegna di materiale informativo che illustri l'importanza dei dispositivi di sicurezza, dell'essere sobri e del rispetto delle norme del CdS. Offrire la determinazione del tasso alcolemico;
- promuovere un sistema di georeferenziazione degli incidenti stradali che sia di supporto per gli interventi sulla rete stradale, la gestione della stessa (limiti di velocità, segnaletica, sensi unici ecc.) e sui pattugliamenti da parte delle forze dell'ordine;
- favorire la messa in sicurezza dei percorsi pedonali e ciclabili;
- favorire interventi di moderazione della velocità (aree 30, woonerf, ecc.);
- favorire la mobilità sostenibile;

- campagne informative e interventi con immagini e video degli effetti di incidenti (es. crash test con o senza mezzi di protezione ecc.).

Incidenti domestici

- informare il personale delle strutture sportive su cosa fare in caso di infortunio;
- far affiggere nelle strutture sportive e nelle aree gioco manifesti con indicazioni sulla corretta gestione del trauma dentale;
- prescrivere ai centri sportivi di avere soluzione fisiologica e un contenitore con coperchio a tenuta per trasportare denti avulsi o frammenti di dente.

Setting servizi sanitari

Alimentazione

Bambini 0-1 anno (target intermedio madri, padri e chi si prende cura del bambino)

- **Promuovere l'allattamento esclusivo materno:**
 - illustrare i vantaggi dell'allattamento materno e la fisiologia della montata latte alle donne che stanno per avere un figlio;
 - assicurare un contatto precoce tra madre e neonato;
 - assicurare un rooming-in attivo;
 - creare una rete di sostegno all'allattamento nel primo mese di vita;
 - utilizzare modalità comunicative operatore sanitario-mamma basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato);
 - utilizzare la metodologie del gruppo di pari (gruppo di madri condotto da un facilitatore della comunicazione);
 - utilizzare strumenti di comunicazione di massa (spot, inserzioni, manifesti, locandine ecc.) per promuovere l'immagine della mamma che allatta e invitare a non dare aggiunte ma a parlare con il pediatra se si hanno dubbi.
- **Svezamento a tempo opportuno e con modalità corrette**
 - utilizzare modalità comunicative operatore sanitario-mamma basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato).

Bambini oltre 1 anno, adolescenti, adulti, anziani

- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato);
- utilizzare metodologie che aumentino la consapevolezza delle abitudini alimentari seguite (recall, diario alimentare, confronto con le porzioni medie consigliate);
- trattare contemporaneamente l'alimentazione e l'attività fisica.

Attività fisica

Bambini e adolescenti

- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato);
- utilizzare metodologie che aumentino la consapevolezza della attività fisica svolta (recall, diario);
- invitare i genitori a seguire uno stile di vita attivo e a considerare di utilizzare i mezzi di trasporto solo per distanze superiori a 2 Km;
- trattare contemporaneamente l'alimentazione e l'attività fisica.

Adulti

- i sanitari devono chiedere a tutti i loro pazienti-assistiti quanta attività fisica praticano;
- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato);
- utilizzare metodologie che aumentino la consapevolezza della attività fisica svolta (recall, diario);
- trattare contemporaneamente l'alimentazione e l'attività fisica;
- affiggere vicino agli ascensori un cartello che motiva e invita ad utilizzare le scale.

Anziani

- i sanitari devono chiedere a tutti i loro pazienti-assistiti quanta attività fisica praticano;
- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli dell'operatore sanitario con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato);
- utilizzare metodologie che aumentino la consapevolezza della attività fisica svolta (recall, diario);
- trattare contemporaneamente l'alimentazione e l'attività fisica.

Fumo, alcol e sostanze psicoattive

- i sanitari devono chiedere a tutti i loro pazienti-assistiti se sono fumatori, se bevono alcolici e in quale quantità;
- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il consiglio breve (metodologia delle 5 A), il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli dell'operatore sanitario con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato);
- dare indicazioni a chi è motivato a smettere di fumare dei metodi con evidenza di efficacia per smettere (counselling di gruppo, counselling individuale, preparati alla nicotina, antidepressivi) e a quali strutture rivolgersi;
- rispettare e far rispettare le norme sul divieto di fumare.

Salute orale

Bambini

- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato), che contenga anche le indicazioni sulla corretta gestione del trauma dentario.

Preadolescenti, adolescenti, giovani, adulti, anziani

- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli con la consegna di un testo scritto (sul momento o prestampato), che contenga anche le indicazioni sulla corretta gestione del trauma dentale;

- consigliare test con compressa rilevatrice di placca nei soggetti che non riescono ad avere denti puliti.

Incidenti stradali

- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli dell'operatore sanitario con la consegna di una brochure o un opuscolo che illustri l'importanza dei dispositivi di sicurezza e del rispetto delle norme del CdS.

Incidenti domestici

- utilizzare modalità comunicative basate sull'ascolto attivo, il counselling, il colloquio motivazionale; accompagnare i consigli dell'operatore sanitario con la consegna di una brochure o opuscolo con i principali rischi e i provvedimenti da prendere per prevenire gli infortuni. Se è possibile accompagnare l'intervento educativo con la fornitura gratuita o scontata di dispositivi di sicurezza;
- attuare programmi per lo sviluppo delle competenze genitoriali rivolti a famiglie a rischio sociale o con bambini più volte infortunati;
- attuare interventi volti a favorire l'attività fisica degli anziani.

Setting scuola

Alimentazione e attività fisica

- **Scuole dell'infanzia**
 - interventi basati sulla collaborazione ASL-Scuola-Genitori, sull'attivazione di madri-leader che svolgano una funzione di peer educator nei confronti delle altre madri della classe per favorire una merenda nutrizionalmente adeguata, il consumo o la sperimentazione di verdura e frutta;
 - interventi che favoriscano l'adozione di un calendario settimanale della merenda ottimale concordato tra le madri degli alunni;
 - distribuzione di frutta o verdura a scuola;
 - interventi che abbiano come obiettivi prioritari una merenda nutrizionalmente adeguata, la riduzione del consumo di bibite dolci e il consumo o la sperimentazione di verdura e frutta e che prevedano la formazione teorico-pratica del personale della scuola e la consegna agli insegnanti di kit didattici. Nella formazione degli insegnanti invitarli a usare incentivi come l'approvazione verbale o ricompense simboliche per rinforzare le abitudini alimentari salutari e l'attività fisica e avvertirli di non usare il cibo per premiare o punire i comportamenti dei bambini;
 - invitare i genitori ad essere di esempio: seguire uno stile di vita attivo e considerare di utilizzare i mezzi di trasporto solo per distanze superiori a 2 Km.
- **Scuole primarie**
 - interventi basati sulla collaborazione ASL-Scuola-Genitori, sull'attivazione di madri-leader che svolgano una funzione di peer educator nei confronti delle altre madri della classe per favorire una merenda nutrizionalmente adeguata, il consumo (o la sperimentazione) di verdura e frutta;
 - interventi che favoriscano l'adozione di un calendario settimanale della merenda ottimale concordato tra le madri degli alunni;
 - distribuzione di frutta o verdura a scuola;
 - interventi svolti dagli insegnanti e che prevedano la loro formazione, la consegna di kit didattici con programmi educativi in cui gli alunni siano coinvolti attivamente; che affrontino contemporaneamente l'alimentazione, l'attività fisica e la sedentarietà; prevedano l'emersione di opinioni, comportamenti e atteggiamenti per destrutturare quelli ostacolanti una corretta alimentazione e rafforzare quelli che la favoriscano; promuovano la consapevolezza dei propri comportamenti alimentari (corretti e scorretti); facciano perno su più motivazioni; siano di

sufficiente durata (almeno 8 ore). Nella formazione degli insegnanti invitarli a usare incentivi come l'approvazione verbale o ricompense simboliche per rinforzare le abitudini alimentari salutari e l'attività fisica e avvertirli di non usare il cibo per premiare o punire i comportamenti dei bambini;

- far eseguire ogni ora pochi minuti di attività fisica sul posto agli alunni spiegando l'importanza dell'attività fisica e di non essere sedentari per più di un'ora;
 - organizzare o promuovere piedibus o ciclobus;
 - invitare i genitori ad essere di esempio: seguire uno stile di vita attivo e considerare di utilizzare i mezzi di trasporto solo per distanze superiori a 2 Km; fare colazione la mattina, mangiare 5 porzione di verdura/frutta.
- **Scuole secondarie di 1° grado**
- interventi svolti dagli insegnanti e che prevedano la loro formazione, la consegna di kit didattici con programmi educativi in cui gli alunni siano coinvolti attivamente; che affrontino contemporaneamente l'alimentazione, l'attività fisica e la sedentarietà; prevedano l'emersione di opinioni, comportamenti e atteggiamenti per destrutturare quelli ostacolanti una corretta alimentazione e rafforzare quelli che la favoriscano; promuovano la consapevolezza dei propri comportamenti alimentari (corretti e scorretti); facciano perno su più motivazioni; facciamo prendere consapevolezza delle strategie di persuasione della pubblicità e delle influenze sociali e aumentino le competenze per resistere alle pressioni delle aziende alimentari e dei gruppi sociali; siano di sufficiente durata (almeno 8 ore);
 - distribuzione di frutta o verdura a scuola;
 - far coltivare dagli studenti ortaggi a scuola;
 - far eseguire ogni ora pochi minuti di attività fisica sul posto agli studenti spiegando l'importanza dell'attività fisica e di non essere sedentari per più di un'ora;
 - organizzare o promuovere piedibus o ciclobus, o percorsi protetti per bici; dotare la scuola di rastrelliere per bici;
 - coinvolgere i genitori e invitarli ad essere di esempio: seguire uno stile di vita attivo e considerare di utilizzare i mezzi di trasporto solo per distanze superiori a 2 Km; fare colazione la mattina, mangiare 5 porzione di verdura/frutta.
- **Scuole secondarie di 2° grado**
- interventi svolti dagli insegnanti e che prevedano la loro formazione, la consegna di kit didattici con programmi educativi in cui gli studenti siano coinvolti attivamente; che affrontino contemporaneamente l'alimentazione, l'attività fisica e la sedentarietà; prevedano l'emersione di opinioni, comportamenti e atteggiamenti per destrutturare quelli ostacolanti una corretta alimentazione e rafforzare quelli che la favoriscano; promuovano la consapevolezza dei propri comportamenti alimentari (corretti e scorretti); facciano perno su più motivazioni; facciamo prendere consapevolezza degli interessi economici della "sette alimentare", delle strategie di persuasione della pubblicità, delle influenze sociali e aumentino le competenze per resistere alle pressioni delle aziende alimentari e dei gruppi sociali; siano di sufficiente durata;
 - distribuzione di frutta o verdura a scuola;
 - far coltivare dagli studenti ortaggi a scuola;
 - far eseguire ogni ora pochi minuti di attività fisica sul posto agli studenti spiegando l'importanza dell'attività fisica e di non essere sedentari per più di un'ora;
 - favorire l'uso della bici e dei piedi per raggiungere la scuola (percorsi protetti per bici, rastrelliere, bonus, provvedimenti che scoraggino l'uso dei ciclomotori e motocicli);
 - favorire la partecipazione degli studenti a iniziative di attività fisica (sport, trekking, giochi ecc.);
 - dotare i distributori di alimenti e bar scolastici di frutta/verdura (macedonie, frullati, panini vegetariani ecc.) e di snack "nutrizionalmente accettabili" (a bassa densità calorica; basso contenuto di grassi saturi e di sale; ecc.).

Fumo, alcol e sostanze psicoattive e altre dipendenze

- **Scuole primarie**
 - sviluppare le competenze di vita;
- **Scuole secondarie di 1° grado**
 - interventi che sviluppino l'assertività, la capacità di resistere ai condizionamenti della società e del gruppo, l'intelligenza affettiva, la competenza progettuale, la comunicazione significativa, la gestione della frustrazione e che facciamo prendere consapevolezza che l'uso di sostanze è un comportamento minoritario nella popolazione;
 - far rispettare il divieto di fumare a scuola.
- **Scuole secondarie di 2° grado**
 - interventi che sviluppino l'assertività, la capacità di resistere ai condizionamenti della società e del gruppo, l'intelligenza affettiva, la competenza progettuale, la comunicazione significativa, la gestione della frustrazione e che facciamo prendere consapevolezza che l'uso di sostanze è un comportamento minoritario nella popolazione e gli interessi economici e le strategie di persuasione dei gruppi economici legati alle sostanze psicoattive;
 - interventi di peer education;
 - far rispettare il divieto di fumare a scuola.

Sessualità responsabile e prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse

- **Scuole primarie**
 - sviluppare le competenze di vita;
- **Scuole secondarie di 1° grado**
 - sviluppare le competenze di vita;
 - informazioni sullo sviluppo sessuale e sulla sessualità.
- **Scuole secondarie di 2° grado**
 - sviluppare le competenze di vita;
 - interventi che prevedano informazioni sullo sviluppo sessuale, sulla sessualità, sui metodi contraccettivi e sui servizi dedicati agli adolescenti. In tali interventi devono essere previsti incontri da parte di personale del Consultorio adolescenti;
 - interventi di educazione tra pari col coinvolgimento di operatori del Consultorio adolescenti.

Salute orale

- **Scuola primaria**
 - interventi condotti dall'insegnante o da personale esperto (igienisti dentali, assistenti sanitari ecc.) che spieghino con dimostrazioni pratiche perché, quando e come vanno lavati i denti;
 - far lavare i denti dopo il pasto.

Prevenzione del bullismo

- **Scuola primaria e secondaria di 1° grado**
 - Interventi condotti dagli insegnanti che prevedano: la loro formazione finalizzata a riconoscere situazioni di rischio ed episodi di bullismo, a intervenire sul bullo per chiedere conto del suo comportamento, a sapere sviluppare negli alunni l'empatia e atteggiamenti e competenze per sostenere le vittime dei bulli, a sapere ascoltare e sostenere le vittime di bullismo e in genere i soggetti deboli, a sapere essere un "facilitatore della discussione"; utilizzare tecniche quali giochi di ruolo e discussioni facilitate (dagli insegnanti o personale esterno); attività che aiutino gli alunni a risolvere il dilemma "devo fare quello che è giusto o quello che il gruppo si aspetta da me?"; strategie per favorire l'utilizzazione da parte degli alunni delle abilità apprese per stare tutti bene in gruppo anche fuori dal contesto "aula didattica". Sono più efficaci interventi svolti

nella scuola primaria, di durata superiore ad un anno e che coinvolgono tutte le componenti della scuola.

- **Scuola secondaria di 2° grado**

- interventi di peer education;
- interventi supportati da piattaforme online gestite da personale esperto;
- formazione degli insegnanti finalizzata a riconoscere situazioni di rischio ed episodi di bullismo, a intervenire sul bullo per chiedere conto del suo comportamento, a sapere sostenere le vittime e i soggetti deboli e i “soggetti terzi” a intervenire in difesa della vittima;
- idem scuole primarie e 1° grado.

Setting luoghi di lavoro

Alimentazione e attività fisica

- interventi multitematici che prevedano un *check-up* di salute iniziale per i lavoratori e la possibilità di partecipare a percorsi educative di counselling individuale o di gruppo;
- programmi strutturati multitematici comprendenti: costituzione di un gruppo di lavoro riconosciuto dal vertice aziendale, analisi del contesto e dei bisogni, individuazione di obiettivi e priorità, definizione di un programma, attuazione del programma, valutazione, relazione ai soggetti interessati;
- miglioramento dell'offerta di alimenti a mensa e nei distributori automatici (es. maggiore disponibilità di piatti a base di verdure, minore offerta di alimenti ad alta densità energetica o ricchi di grassi saturi e sale ecc.);
- nella mensa aziendale disporre gli alimenti iniziando dalla verdura e dalla frutta e collocando per ultimi gli alimenti a maggiore densità calorica;
- durante le riunioni di lavoro offrire frutta e verdura;
- convenzioni con strutture sportive limitrofe alle aziende, offrendo ai dipendenti la possibilità di ingresso/abbonamento ridotto;
- affiggere vicino agli ascensori un cartello che motiva e invita ad utilizzare le scale;
- interventi che disincentivano l'uso di auto e moto per raggiungere il posto di lavoro e incentivano il raggiungerlo a piedi, in bicicletta, coi mezzi pubblici;
- permettere brevi pause (10 minuti) per compiere esercizi fisici.

Fumo e alcol

- counselling individuale o di gruppo;
- dare indicazioni a chi è motivato a smettere di fumare dei metodi con evidenza di efficacia per smettere (counselling di gruppo, counselling individuale, preparati alla nicotina, antidepressivi) e a quali strutture rivolgersi;
- far rispettare le norme sul divieto di fumare.

Salute mentale

- interventi e politiche aziendali che favoriscono una maggiore autonomia del lavoratore sul suo lavoro, una maggiore partecipazione ai processi decisionali, formazione e occasioni di crescita, flessibilità dell'orario di lavoro, garanzia di un salario corrispondente alle mansioni svolte, stabilità lavorativa, una leadership riconosciuta e buoni rapporti tra chi svolge ruoli di responsabilità e lavoratori;
- organizzare iniziative di socializzazione (feste, sport, visite ecc.) o diffondere iniziative di tal genere promosse da altri soggetti.

PROGRAMMI BUONA PRATICA

Riportiamo alcuni programmi individuati come buona pratica e già implementati in Campania con specifici atti della Regione (DCA 94/2013 e 91/2014) o sperimentati con successo in Campania o in Italia:

1. **prevenzione delle dipendenze:** Unplugged (target studenti di scuole secondarie 1° grado e 1° anno 2°), www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia
2. **prevenzione delle dipendenze e degli incidenti stradali:** Fuoriposto (target giovani), www.fuoriposto.it
3. **promozione del benessere:** Peer to peer (target studenti di scuola secondaria di 2° grado). Pellai A: Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education, Erikson, 2002
4. **sessualità responsabile e prevenzione infezioni sessualmente trasmesse:** educazione tra pari per la sessualità responsabile (target studenti scuole secondarie di 2° grado)
5. **prevenzione incidenti stradali:** Insieme per la Sicurezza (target studenti scuole secondarie 2°, studenti scuole guida, giovani)
6. **alimentazione e attività fisica:** Progetto Quadrifoglio (target studenti scuole primarie, secondarie di 1° e 2° grado e loro genitori). www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/6
7. **alimentazione:** Mens(a)sana (target alunni di scuola dell'infanzia e primo biennio scuola primaria e i loro genitori)
8. **salute orale:** Progetto Quadrifoglio-Igiene orale (target alunni di scuola primaria e loro genitori). www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/6
9. **bullismo:** KIVA (target studenti di scuola primaria e secondaria di 1° grado e loro genitori). www.kivaprogram.net/it
10. **bullismo:** NoTrap (target scuola secondaria di 2° grado). www.notrap.it.

IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI

La valutazione è “il processo per il quale decidiamo il merito o il valore di qualcosa. Tale processo implica misure e osservazioni, e confronti con criteri e standard” [Glossario OMS].

Senza valutazione non si possono formulare giudizi fondati, senza giudizi fondati non si possono correggere gli errori e implementare i successi: la valutazione è dunque uno strumento fondamentale per il miglioramento degli interventi e per diffondere la prassi del “ciclo di progetto” (ideazione → progettazione → valutazione ex ante → approvazione → realizzazione e monitoraggio delle attività → valutazione → ideazione ecc.).

Valutare un intervento di educazione e promozione della salute richiede specifiche competenze ed esperienza, che possono essere acquisite con uno studio approfondito, la pratica, il confronto e il giudizio critico. Spesso sono necessarie competenze diversificate: sociologiche, psicologiche, pedagogiche, epidemiologiche e statistiche.

La valutazione può avere diverse finalità:

1. dare un giudizio preventivo su un progetto o intervento;
2. verificare se l'intervento si sta svolgendo come programmato;
3. individuare gli eventuali elementi utili, superflui e negativi dell'intervento;
4. sapere se l'intervento ha raggiunto i suoi obiettivi, se è stato utile, inutile o nocivo;
5. conoscere se i risultati conseguiti sono commisurati alle risorse impiegate;
6. verificare l'accoglienza e il gradimento da parte degli operatori, dei soggetti coinvolti, dei destinatari, della “committenza”, di altri soggetti.

Disegno della valutazione e metodologie valutative

Qualsiasi valutazione si voglia effettuare bisogna definire già nella fase di programmazione dell'intervento le finalità della valutazione, gli oggetti del controllo, le procedure e gli strumenti di misura e i criteri di valutazione, nonché il disegno della valutazione.

I vari soggetti coinvolti nell'attività (operatori, stakeholder, destinatari) possono avere interessi diversi rispetto all'attività svolta e, quindi, avere obiettivi diversi per la valutazione e differenti criteri di giudizio. Ad esempio ad un'azienda che sponsorizza un progetto può interessare quante persone sono state coinvolte, se il progetto ha avuto una risonanza nella comunità, se è stato visto con favore; ad un ente finanziatore se il finanziamento è stato speso e se i risultati attesi sono stati raggiunti; alla popolazione se l'attività ha migliorato la loro condizione. Anche i criteri possono essere diversi: chi è abituato a valutare farmaci può ritenere poco efficace un intervento che riduce i fumatori del 10%, ma chi fa educazione alla salute reputa quell'intervento molto efficace.

Diversi sono i metodi e gli strumenti di valutazione degli interventi di educazione e promozione della salute; la loro scelta dipende dalle finalità della valutazione, dagli obiettivi che si vogliono valutare, dalle risorse disponibili ecc.

Malgrado tale pluralità di metodi si può delineare un processo generale che si riscontra in tutti i metodi di valutazione. Tale processo si compone delle seguenti tappe:

1. la determinazione dell'oggetto del controllo, cioè decidere cosa si vuole valutare e perché;
2. la misurazione, che si compone delle seguenti tappe:
 - a) scelta di uno strumento di misurazione
 - b) utilizzazione dello strumento mediante procedure codificate
 - c) registrazione dei risultati
 - d) lettura dei risultati;
3. la valutazione propriamente detta che consiste in:
 - e) confronto del risultato ottenuto con criteri prestabiliti
 - f) espressione di un giudizio.

La tabella 1 illustra con un esempio (la valutazione dei comportamenti alimentari) il processo della valutazione.

Tabella 1 Il processo della valutazione

Fasi	Funzioni delle operazioni	Esempio: valutazione dei comportamenti alimentari
Determinazione dell'oggetto del controllo	Decidere cosa è utile controllare	Si stabilisce quali comportamenti alimentari si vogliono controllare perché si ritengono importanti per la salute. Per esempio: consumo di verdure, snack, sale ecc.
Misurazione	scelta di uno strumento	Si decide se utilizzare un questionario tipo recall o un diario alimentare o rilevare il consumo tramite un osservatore
	utilizzo dello strumento mediante procedure	Si somministra il questionario tramite procedure codificate (intervista o autocompilazione, in quale setting ecc.)
	registrazione dei risultati	Si inseriscono i dati in un database
	lettura dei risultati	Si elaborano e leggono i dati (distribuzione di frequenza, media ecc.)
Valutazione	confronto del risultato ottenuto con criteri codificati	Si confrontano i dati (anche tramite test di significatività) con quelli ottenuti da un'analoga rilevazione attuata prima dell'inizio dell'intervento o con quelli di un gruppo controllo o con quelli di un intervento analogo
	espressione di un giudizio	Si esprime un giudizio sull'efficacia dell'intervento nel cambiare i comportamenti

Ciascuna di queste fasi deve essere definita con precisione.

Valutazione ex ante

Tale valutazione avviene prima dello svolgimento dell'intervento, quando si valuta il progetto sulla base di un insieme di criteri, per darne un giudizio di fattibilità, appropriatezza, efficacia, efficienza, equità, sostenibilità. Criteri per la valutazione ex ante sono quelli riportati nella prima parte della scheda "Griglia valutazione generale buone pratiche".

Monitoraggio

Il monitoraggio è "l'insieme delle azioni volte a tenere sotto controllo, in maniera strutturata e con step ricorrenti e prefissati, una determinata attività". Avviene, quindi, in itinere e in maniera sistematica. Sulla base del cronogramma dell'intervento si controllerà se ciascun attore del progetto sta svolgendo i compiti assegnati, se le azioni si stanno realizzando come programmate (nelle modalità previste, ai tempi stabiliti e nelle durate massime previste). Tale attività è quindi indispensabile per individuare eventuali scostamenti e responsabilità (controllo di gestione), scoprire i punti problematici e cercare di porvi rimedio per tempo.

E' importante illustrare ai vari operatori coinvolti nel progetto le finalità per cui si effettua il monitoraggio e cercare di motivarli a fornire dati precisi e accurati. E' opportuno trovare indicatori e procedure di misura che diano garanzie di affidabilità e controllare la veridicità e la qualità dei dati raccolti.

Valutazione di processo

La valutazione di processo, definita "valutazione illuminante" perché evidenzia come si sta realizzando o si è realizzato l'intervento, richiede di individuare analiticamente le fasi operative e attuare verifiche

sui punti cruciali e sui prodotti che si riteneva necessari per la riuscita del progetto. Essa è una valutazione interna al progetto.

Per “prodotto”, intendiamo l’output frutto di varie azioni messe in atto dagli organizzatori e la cui realizzazione è sotto l’esclusiva loro responsabilità. In educazione e promozione della salute esempi di “prodotto” sono “Dare a tutti i pediatri formazione e materiale educativo per promuovere l’allattamento al seno”; “Fornire alle scuole programmazioni educative, materiali didattici e formazione per gli insegnanti”; “Istituire in collaborazione con altri stakeholder un organismo che stimoli e supporti gli enti locali a creare un contesto che favorisca l’attività fisica e disincentivi l’uso inappropriato di auto e moto”. La valutazione di processo può avvenire anche non in itinere, per avere elementi e dare un giudizio sulle varie parti che compongono l’intervento, evidenziare i punti problematici e quelli di forza.

Valutazione esterna

Valuta diverse “uscite” dell’attività svolta. Si distinguono in successione (perché senza la precedente “uscita” non si può realizzare quella successiva) il risultato, l’esito e l’impatto.

Risultato. E’ l’effetto che si realizza grazie alla “interazione” che si verifica tra target intermedio e il “prodotto” messo in atto. Per es. “I pediatri promuovono in maniera migliore l’allattamento al seno e consegnano il materiale comunicativo messo a disposizione”; “Gli insegnanti svolgono le unità didattiche come programmato”; “Il Comune istituisce percorsi pedonali e ciclabili e zone a traffico limitato”.

Esito. E’ il cambiamento che si verifica nel target finale raggiunto dall’intervento.

Un intervento di educazione e promozione della salute ha come finalità (**obiettivo di salute**) un miglioramento dello stato di salute, ma, per conseguire tale finalità, si pone altri obiettivi (**obiettivi educativi**), che possiamo considerare intermedi. Innanzitutto cambiare quei comportamenti che sono un fattore di rischio per determinate patologie e sviluppare/rafforzare quei comportamenti che proteggono e promuovono la salute. Per cambiare i comportamenti può essere importante far acquisire determinate conoscenze, competenze e atteggiamenti.

Per esempio, se l’obiettivo finale è la riduzione delle malattie cardiovascolari, gli obiettivi intermedi possono riguardare **le conoscenze** (conoscere i rischi legati a un’alimentazione ipercalorica e ricca di grassi saturi, conoscere in quali alimenti sono presenti i grassi saturi ecc.), **le competenze** (essere in grado di preparare piatti appetitosi che contengono pochi grassi saturi, ecc.), **gli atteggiamenti** (nei confronti della salute, dell’alimentazione, di alcuni cibi, del rischio, dei mass-media ecc.), i **comportamenti** (mangiare in determinate quantità e frequenza determinati cibi ecc.).

La ricerca scientifica ha dimostrato che non è raro che a un cambiamento di conoscenze, di competenze e, perfino di atteggiamento, non corrisponde una modifica dei comportamenti e, quindi, un miglioramento della salute. Per questo la valutazione dei comportamenti è di particolare importanza in educazione sanitaria.

La valutazione d’esito può, quindi, riguardare **conoscenze, competenze, atteggiamenti, comportamenti (oggetto degli obiettivi educativi) o la salute** (oggetto degli obiettivi di salute).

Impatto. E’ il beneficio di salute nella popolazione. Per es.: “Diminuisce la prevalenza di soggetti obesi”; “Diminuisce l’incidenza delle malattie cardiovascolari”; “Nella popolazione diminuisce il DMF (denti cariati, mancanti, otturati)”.

L’impatto dipende dal progetto (dalla sua efficacia e dalla numerosità del target finale che raggiunge) ma anche da molti altri fattori, perché sulla salute influisce non solo il sistema sanitario, ma anche l’istruzione e le condizioni economiche del target, le politiche pubbliche e le azioni messe in atto da gruppi economici (offerta di determinati prodotti, campagne pubblicitarie ecc.).

Ci soffermiamo brevemente sulla valutazione degli obiettivi educativi (conoscenze, atteggiamenti, comportamenti) e di salute e sulla valutazione di gradimento e di efficienza.

La valutazione degli obiettivi cognitivi

Gli obiettivi cognitivi hanno un contenuto e una forma. Il contenuto può essere considerato l'oggetto da apprendere (es. i fabbisogni nutrizionali), la forma il modo col quale si esprime quel determinato contenuto (es. "sa riconoscere la definizione corretta, sa dire cosa sono i fabbisogni nutrizionali, sa calcolare i fabbisogni nutrizionali"). Come si evince anche da questo esempio, vi sono forme di "basso livello" (es. "sapere a memoria") e di alto livello (es. "comprendere", "applicare"). Per tale ragione si è cercato di classificare le varie forme degli obiettivi cognitivi ordinandoli gerarchicamente, costruendo così tassonomie delle categorie formali dell'apprendimento cognitivo. Una delle più famose di tali tassonomie è quella di Bloom, nella quale gli obiettivi sono espressi in termini operativi per rendere più facile e oggettiva la loro verifica.

Gli strumenti per misurare le conoscenze possono essere divisi in prove strutturate (questionari, test) e prove non strutturate (interrogazioni, relazioni scritte o orali ecc.).

La valutazione degli atteggiamenti

Per la valutazione degli atteggiamenti si fa solitamente ricorso al test della domanda singola (es. "Quale è il suo atteggiamento nei confronti del fumo di tabacco? Molto positivo, positivo, né positivo né negativo, negativo, molto negativo") o a test tipo Likert, cioè a una serie di affermazioni nei confronti delle quali l'intervistato deve esprimere il proprio favore ("molto d'accordo", "d'accordo", "né in accordo, né in disaccordo", "in disaccordo", "molto in disaccordo").

La valutazione dei comportamenti

Per misurare i comportamenti possono essere utilizzati tre metodi:

- 1) **chiedere al soggetto informazioni sui suoi comportamenti.** Ciò avviene tramite questionari e relative procedure di somministrazione
- 2) **rilevare il comportamento tramite un osservatore,** di cui il soggetto può essere a conoscenza ("osservatore visibile"), o no ("osservatore nascosto")
- 3) **rilevare il comportamento tramite tracce (indicatori).** Per esempio in un intervento di educazione alimentare si può misurare quanti bambini alla mensa scolastica lasciano nel piatto la verdura; in un progetto di igiene orale si può misurare la placca dentale (esistono indici codificati come l' "Indice di igiene orale").

La valutazione degli obiettivi di salute

Raramente in educazione sanitaria si valuta il raggiungimento degli obiettivi di salute (intesi come prevenzione di patologie o disturbi o promozione di benessere) perché bisognerebbe attendere il tempo che intercorre tra l'esposizione al fattore di rischio (es. assunzione di grassi saturi) e la patologia in questione (es. aterosclerosi), che nella maggioranza dei casi può essere anche molto lungo. Più spesso allora si controllano parametri biologici (peso, colesterolemia ecc.) che sono direttamente connessi con determinate patologie o condizioni di benessere.

Ovviamente, le modifiche delle conoscenze, degli atteggiamenti, dei comportamenti, dei parametri biologici assumono un significato maggiore se si mantengono anche a distanza di tempo dalla fine dell'intervento.

La valutazione di gradimento e della qualità percepita

Può essere utile sapere come un'iniziativa è stata accolta, se i soggetti coinvolti, ma anche gli operatori e la "committenza", hanno gradito o meno l'intervento, quali erano le loro aspettative e se sono state soddisfatte e come giudicano la qualità del progetto. Il gradimento di un intervento è solitamente una condizione necessaria, anche se non sufficiente, per l'efficacia degli interventi di educazione sanitaria. L'apprendimento è infatti condizionato dalla motivazione e dall'attenzione. Se un intervento è poco interessante, noioso, sciatto, poco attraente non susciterà l'attenzione e il coinvolgimento attivo necessari all'apprendimento. Per questo è necessario verificare il gradimento e verificarlo in itinere, così

da potere correggere in tempo eventuali errori. Ciò può essere fatto sia con metodi quantitativi (ad es. un questionario con risposte chiuse), sia con metodi qualitativi (es. un focus group).

La valutazione economica

La valutazione economica si interessa dei costi dell'intervento (gli input) e del loro rapporto con le "uscite" (prodotti, risultati, esiti, impatti).

Nella valutazione d'efficienza si rapportano gli output agli input. Mentre questi ultimi sono espressi in unità monetarie (euro), gli output possono essere espressi in diverse unità di misura. A seconda dell'unità di misura dell'output si distinguono:

1. la valutazione costi/efficacia: output espressi in unità fisiche (riduzione della mortalità, della morbilità, anni di vita guadagnati, giorni di malattia evitati ecc.)
2. la valutazione costi/utilità: output espressi in unità di misura di salute come "giorni di salute", "anni di vita aggiustati per la qualità" (QALYs)
3. la valutazione costi/benefici: output espressi in unità monetarie.

L'efficienza è un concetto relativo, perché non esiste un'efficienza in assoluto ma solo interventi più o meno efficienti di altri. Per questo il rapporto risultati/risorse dell'intervento in questione deve essere paragonato con un analogo rapporto di altri interventi o di un modello teorico di riferimento.

Riportiamo nella seguente tabella un prospetto sintetico delle diverse tipologie di valutazione da effettuare prima, durante e dopo gli interventi.

Tempi dell'intervento	Valutazioni	Finalità
Prima dell'inizio dell'intervento	Valutazione ex ante	Migliorare il progetto giudicando preventivamente fattibilità, appropriatezza, efficacia, efficienza, equità, sostenibilità
Durante l'intervento	Monitoraggio Valutazione di processo Valutazione di gradimento	Rilevare eventuali scostamenti da quanto programmato e individuare le responsabilità scoprire i punti problematici e cercare di porvi rimedio
A intervento concluso	Valutazione di risultato Valutazione d'esito (degli obiettivi educativi, degli obiettivi di salute) Valutazione economica (di efficienza) Valutazione di gradimento Valutazione di processo	Verificare se i prodotti realizzati dagli organizzatori sono state utilizzati dal target intermedio Verificare se l'intervento è stato utile o no Verificare se i costi sostenuti sono giustificati rispetto ai prodotti, ai risultati, agli esiti Verificare se gli stakeholder hanno gradito l'intervento Scoprire i punti di forza e di debolezza e fare tesoro dell'esperienza

BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA

Cap. I I DETERMINANTI DI SALUTE MODIFICABILI E DISUGUAGLIANZE NEL CONTESTO CAMPANO

- Sorveglianza 0-2 <http://www.genitoripiu.it/pagine/progetto-sorveglianza-zero-due/progetto> (ultimo accesso: maggio 2017).
- Sorveglianza OKkio alla Salute <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/> (ultimo accesso: maggio 2017).
- Sorveglianza HBSC <http://www.hbsc.unito.it/> (ultimo accesso: maggio 2017).
- Sorveglianza PASSI <http://www.epicentro.iss.it/passi/> (ultimo accesso: maggio 2017).
- Sorveglianza Passi D'Argento <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/> (ultimo accesso: maggio 2017).
- Disuguaglianze Sociali e Salute – PASSI <http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2012/PASSI%20Disuguaglianze%20sociali%20e%20salute.pdf> (ultimo accesso: maggio 2017).
- WHO, Health 2020 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> (ultimo accesso: maggio 2017).
- Piano Nazionale della Prevenzione 2014– 18 http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1908 (ultimo accesso: maggio 2017).
- WHO Accountability Framework http://www.who.int/about/who_reform/managerial/accountability-framework.pdf (ultimo accesso: maggio 2017).
- La Salute in Tutte le Politiche https://ec.europa.eu/health/health_policies/policy_it (ultimo accesso: maggio 2017).
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). The CompHP - Core Competencies Framework for Health Promotion. <http://www.dors.it/page.php?idarticolo=307> (ultimo accesso: maggio 2017).

Le Disuguaglianze in salute

- Disuguaglianze di Salute. Servizio di Epidemiologia e dal Centro di Documentazione – DoRS - Regione Piemonte <http://www.disuguaglianzedisalute.it/>
- Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità Editto da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014

Health Equity Audit: uno strumento utile per considerare e affrontare le disuguaglianze di salute

- Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna. Toolkit 5. Un percorso di valutazione di equità. L'Health Equity Audit (HEA). <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro>
- Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna. Toolkit 4. Equità dai primi anni di vita. Kids in Places Initiative. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-4/intro>
- Department of Health. Health Equity Audit: A guide for the NHS. 2003. http://www.york.ac.uk/yhpho/documents/hea/Website/DOH_HEA_Guide%20for%20NHS.pdf

- Department of Health. Health equity audit: a self-assessment tool. 2004. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4070715
- Hamer et al. Health equity audit made simple: A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships. 2003. <http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/equityauditfinal.pdf>

Cap.II LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ALLA LUCE DI NUOVI BISOGNI DI SALUTE

- Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, O.M.S. - UNICEF, Alma Ata 06-12 settembre 1978.
- I Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - O.M.S., Salute e welfare Canada, Associazione Canadese di Sanità Pubblica - Ottawa 17-21 novembre 1986.
- Progetto Città Sane, varato dall'Ufficio Europeo dell'OMS 1986.
- II Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - O.M.S., Ufficio Regionale per l'Europa e Dipartimento di Sanità e dei Servizi di Comunità - Adelaide 05-09 aprile 1988.
- III Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - O.M.S.- Sundsvall (Svezia) 09-15 giugno 1991.
- Dichiarazione di Budapest sugli Ospedali Promotori di Salute - 1991.
- IV Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - O.M.S.- Jakarta (Indonesia) 18-21 luglio 1997.
- III Conferenza Europea del 2009 di Vilnius, Lituania. Linee Guida IUHPE 2011. IV Conferenza Europea/Dichiarazione di Odense del 2013, Danimarca.

Cap. III I PRINCIPI DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Prevenzione e promozione della salute sono tanto più efficaci quanto più precocemente coinvolgono le persone: *l'approccio life-course*

- WHO European Ministerial Conference on the Life-course Approach in the Context of Health 2020. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/background> (Ultimo accesso: marzo 2017).

L'organizzazione dei servizi sanitari è un determinante della salute delle persone: *accountability dell'organizzazione e ri-orientamento dei servizi*

- Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies <http://www.who.int/management/partnerships/accountability/AccountabilityHealthSystemsOverview.pdf>.

Cap. VI COMPETENZE DEGLI OPERATORI

- Amadori e al. 2002, p. 797 Psiconcologia, Masson.
- Antonovsky A, "The salutogenic model as a theory to guide health promotion". In Health Promotion International, 11 (1), 1996, pp. 11-18 .
- CompHP "Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe" traduzione in italiano Barbera E, Coffano E, Fiorini C, Prezza M, Scarponi S, Sotgiu A, Tortone C, I manuali del Progetto CompHP, DoRS, 2014. <http://www.dors.it/page.php?idarticolo=307>.
- Comunicare per Guadagnare Salute: il progetto PinC <http://www.guadagnaresalute.it/promozione/promozioneProgettoPinC.asp>.
- Di Rienzo M (a cura di, 2006), Dossier Capacity Building. L'evoluzione del concetto. Dalla cooperazione allo sviluppo alla modernizzazione delle PA europee, Formez. In:

[http://db.formez.it/FontiNor.nsf/EurFocusCapacity/812EC4A547B90084C12571A80036BA65/\\$file/Dossier%20CB%20evoluzione.pdf](http://db.formez.it/FontiNor.nsf/EurFocusCapacity/812EC4A547B90084C12571A80036BA65/$file/Dossier%20CB%20evoluzione.pdf). (1)

- Gli Stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni – Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska http://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf.
- Global action plan for the prevention and control of uncommunicable diseases 2013/2020. WHO 2013 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf.
- Green LW, Kreuter MW, Health program planning. An educational and ecological approach. IV edition, Mc Graw Hill, 2005.
- Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari: documento programmatico approvato dal Governo con Dpcm del 4 maggio 2007 <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?aggiornamenti=&attoCompleto=si&id=24862&page=&anno=null>.
- Knowles MS, Quando l'adulto impara, Milano Franco Angeli, 1996 (3).
- Martini ER, Torti A, Fare lavoro di comunità - riferimenti teorici e strumenti operativi, Carocci Faber, 2007 (2).
- Matricoti F, I teatri di Igea – Il teatro come strumento di promozione della salute, Teorie, pratiche, cambiamenti (Italian University Press, 2010).
- Miller & Rollnick, Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Erickson, Trento, 2009.
- Rolnick Cambiare stili di vita non salutari Erickson.
- Montagna L, Visioli S, Formare al corpo gli operatori sanitari: un'esperienza di clinica della formazione. in Zannini L. Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica. Milano, Franco Angeli, 2004.
- Prezza M, Santinello M, Conoscere la comunità, Il Mulino, 2002.
- Pontremoli A, Teoria e tecniche del teatro educativo e sociale. Torino: Utet, 2005.
- Quaglino GP, Cortese C, Gioco di squadra, Milano Raffaello Cortina, 2003 (4).
- Rossi Ghiglione A, Pagliarino A, Fare Teatro Sociale. Esercizi e progetti. Roma: Dino Audino, 2007.
- Salute in tutte le politiche <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/policy/entry-points-for-addressing-socially-determined-health-inequities/health-in-all-policies-hiap>.
- Simonelli I, Simonelli F, Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute, Franco Angeli, 2009.
- Un'interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa, 2008, Sintesi e adattamento di Dors http://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf.
- Zannini L, Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari. Milano, Franco Angeli, 2003.

Cap. VII LE BUONE PRATICHE: AZIONI DA INTRAPRENDERE

Alimentazione (anche con attività fisica)

- Katz DL, O'Connell M, Yeh MC, Nawaz H, Njike V, Anderson LM, Cory S, Dietz W, Public Health. Strategies for Preventing and Controlling Overweight and Obesity in School and Worksite Settings. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta 2005; Vol. 54.
- Centre for Public Health Excellence at NICE (UK): Obesity: The Prevention, Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children, 2006 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22497033.
- Doak CM, et al: The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes, Obesity review, 2006, 7, 111-136.
- DoRS: Alimentazione e attività motoria nella scuola: progettare interventi efficaci, 2007 www.dors.it/alleg/0200/report_scuola_primaria_def.pdf.
- Shilts MK: Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behaviour change: a review of the literature, American Journal Health Promotion, 2004 19: 81-93.
- Rush S, Knowlton AP: Systematic review of school and community-based fruit and vegetable interventions for minority children. Pediatric Health Med Ther. 2014; 5: 111–26.
- Evans CE, Christian MS, Cleghorn CL, Greenwood DC, Cade JE: Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to improve daily fruit and vegetable intake in children aged 5 to 12 y. American Journal Clin Nutr. 2012; 96: 889–901.
- Delgado-Noguera M, Tort S, Martínez-Zapata MJ, Bonfill X: Primary school interventions to promote fruit and vegetable consumption: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2011; 53: 3–9.
- Dossier EBP e obesità - Efficacia degli interventi per la prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adolescenti, Baldasseroni A. e Dellisanti C, Documenti dell'Agenda Regionale di Sanità della Toscana, 53, Nov. 2010.
- Aloia CR, Shockey TA, Nahar VK, Knight KB: Pertinence of the recent school-based nutrition interventions targeting fruit and vegetable consumption in the United States: a systematic review, Health Promot Perspect. 2016 Mar 31; 6 (1): 1-9.
- Manios Y, Grammatikaki E, et al: A systematic approach for the development of a kindergarten-based intervention for the prevention of obesity in preschool age children: the ToyBox-study. Obes Rev. 2012 Mar;13 Suppl 1:3-12.
- Istituto Superiore di Sanità La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione dell'obesità e promozione di uno stile di vita fisicamente attivo. A cura di De Santi A, Guerra R, Filipponi F, Minutillo A 2009, VII, 90, Rapporti ISTISAN 09/6.
- Agozzino E, Esposito D, Genovese S, Manzi E, Russo Krauss P: Evaluation of the effectiveness of a nutrition education intervention performed by primary school teachers". Annali di Igiene, 2007 Jul-Aug; 19 (4):315-24.
- Agozzino E, Del Prete U, Leone C, Manzi E, Sansalone N, Russo Krauss P: Evaluation of the effectiveness of a nutrition education intervention performed by primary school teachers. Italian Journal of Public Health, 2007; 5, 4(4):131-37.
- Regione Piemonte: Promozione della salute nei luoghi di lavoro. Alimentazione e attività motoria: prove d'efficacia e buone pratiche, 2007, www.dors.it/alleg/0201/report_whp_def.pdf.

Attività fisica

- WHO: Global recommendations on physical activity for health, www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/. Sintesi in italiano www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1561_allegato.pdf.
- Samitz G, Egger M, Zwahlen M: Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 2011.
- CDC: The 2008 *Physical Activity Guidelines for Americans, 2008*, www.cdc.gov/physicalactivity/basics.
- Brunton G, Oliver S, Oliver K, Lorenc T: A synthesis of research addressing children's, young people's and parents' views of walking and cycling from transport. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2006, <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=942>.
- Ogilvie D, et al: Intervention to promote walking: systematic review, *BMJ*, 2007, 334-1204, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7605/1204>.
- Harris J, Cole L: How healthy is school PE? A review of the effectiveness of health-related physical education programmes in schools, *Health Education Journal*, 56, 84-104, 1997.
- NICE: Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity. London, UK 2008. www.nice.org.uk/nicemedia/live/11917/38983/38983.pdf.
- Heath GW, Brownson RC, Kruger J, Miles R, Powell K, Ramsey LT: The effectiveness of urban design and land use and transport policies and practices to increase physical activity: A systematic review. *J Phys Act Health*. (S1):S55-S76. 2006. www.aapca3.org/resources/archival/060306/jpah.pdf.
- Healthy Spaces & Places: A national guide to designing places for healthy living. Developed by the Australian Local Government Association, the National Heart Foundation of Australia and the Planning Institute of Australia and funded by the Australian Government Department of Health and Ageing. www.healthylives.org.au.

Fumo, alcol, altre sostanze psicotrope e dipendenze

- ISS: Prevenzione primaria del fumo di tabacco, Linee guida prevenzione, 2013, www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Prev_Fumo_B.pdf.
- ISS: La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione delle dipendenze. A cura di De Santi A, Guerra R, Filipponi F, Minutillo A, 2009, VI, 199 Rapporti ISTISAN 09/23, www.iss.it/binary/publ/cont/0923.pdf.
- Caria MP, Faggiano F et al: [Effects of a School-based Prevention Program on European Adolescents' Patterns of Alcohol Use](#), *Journal of Adolescent Health*, 2011, 48-2, 182-188.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F et al: [The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial](#), *Drug and Alcohol Dependence*, 2010, 108, 1-2, 56-64.

Salute orale

- Ministero della Salute: Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva, 2013, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2073_allegato.pdf.

- Ministero della Salute: Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva, 2013, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1872_allegato.pdf.
- de Silva AM, Hegde S, Akudo Nwagbara B, Calache H, Gussy MG, Nasser M, Morrice HR, Riggs E, Leong PM, Meyenn LK, Yousefi-Nooraie R: WITHDRAWN: Community-based population-level interventions for promoting child oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 22;12.
- Angelopoulou MV, Kavvadia K, Taoufik K, Oulis CJ: Comparative clinical study testing the effectiveness of school based oral health education using experiential learning or traditional lecturing in 10 year-old children. *BMC Oral Health* 2015 15:51.
- Russo Krauss P., Castagna P., Celentano E. D'Agostino F: Valutazione d'efficacia di due interventi educativi di igiene orale. *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, n° 3, 2004.

Incidenti domestici

- ISS: La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile. Linee guida per la prevenzione. 2017.
- NICE: Falls: assessment and prevention of falls in older people, 2013 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161>, www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/guidance-falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-pdf; traduzione italiana www.evidencebasednursing.it/traduzioniLG/ASL_3_Genova/NICE%20Lineaguida%20prevenzione%20cadute%202013%20traduzione.pdf.
- ISS: Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, 2009, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_975_allegato.pdf.
- ISS: La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione degli incidenti stradali e domestici. A cura di De Santi A, Zuccaro P, Filipponi F, Minutillo A, Guerra R, 2010, vii, 106 p. Rapporti ISTISAN 10/3, www.iss.it/binary/publ/cont/103web.pdf.

Incidenti stradali

- ISS: La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione degli incidenti stradali e domestici. A cura di De Santi A, Zuccaro P, Filipponi F, Minutillo A, Guerra R, 2010, vii, 106 p. Rapporti ISTISAN 10/3, www.iss.it/binary/publ/cont/103web.pdf.
- Task Force on Community Preventive Services: Recommendations to reduce injuries to motor vehicle occupants. Increasing child safety seat use, increasing safety belt use, and reducing alcohol-impaired driving, *Am J Prev Med* 2001;21(4S):16 –22. www.dors.it/cmfocus/alleg/mvoi_AJPM_%20recs.pdf.

Sessualità responsabile e prevenzione infezioni sessualmente trasmesse

- OMS-BZgA: Standard per l'Educazione Sessuale in Europa, 2010, www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BZgA_Standards_italienisch_new.pdf.
- Medley A et al: Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis, *AIDS Educ Prev.*, 2009 June; 21(3): 181–206.
- Tolli MV: Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies, *Health Educ Res.* 2012 Oct; 27(5):904-13.

- Millburn KA: Critical Review of Peer Education Work with Young People with Special Reference to Sexual Health, Health Education Research: Theory & Practice, 10 (4), pp. 407 - 420, 1995.

Bullismo

- Palladino BE, Nocentini A, Menesini E: Evidence-based intervention against bullying and cyberbullying: Evaluation of the NoTrap! program in two independent trials. Aggressive Behavior. 2016 Mar-Apr; 42 (2):194-206.
- Nocentini A, Menesini E: KiVa Anti-Bullying Program in Italy: Evidence of Effectiveness in a Randomized Control Trial, Prevention Science, August 2016.
- Menesini, E: Strategie antibullismo. Psicologia contemporanea», 2007, 200, pp. 3-11.
- Menesini E: Il bullismo a scuola, sviluppi recenti. Rassegna dell'Istruzione, 2008, pp.51-68. http://www.rassegnaistruzione.it/rivista/rassegna_0102_2008/RAGIONAMENTI%20pag%2051RDI_1_128.pdf.

Luoghi di lavoro

- Canadian best practice portal of Public Health Agency of Canada www.ccohs.ca/healthyworkplaces.
- Dors: Promuovere salute nel luogo di lavoro: evidenze, modelli e strumenti, 2016, www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf.
- Thygesen NM., A health plan perspective on worksite-based health promotion programs. Am J Prev Med 2010; 38: 226-228.
- Ferrario M, Borsani A: Promozione della salute negli ambienti di lavoro: quali evidenze di efficacia? Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia 2011; 33(2 Suppl): 44-47. www.researchgate.net/publication/267829105_Promozione_della_salute_negli_ambienti_di_lavoro_quali_evidenze_di_efficacia.
- Società Italiana Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII): Promozione della salute nei luoghi di lavoro, Technical Assessment n. 1/2011 www.simlii.it/it/p-5.formazione_e_aggiornamento.html.

Miscellanea

- ISS: La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni, A cura di De Santi A, Guerra R, Morosini P, 2008, IV, 174, Rapporti ISTISAN 08/1 www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2156&lang=1&tipo=5&anno=2008.
- ISS: La promozione della salute nelle scuole. Attività pratiche su: salute mentale, life skills, educazione ai media, bullismo e sessualità. 2008.
- Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R: The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Apr 16;(4).
- Lister-Sharp D: Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic review, Health Technology Assessment, 3, 22, 1999.
- Canadian best practice portal of Public Health Agency of Canada <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions>.