

# LA SALUTE A SCUOLA NEL NUOVO MODELLO DI MEDICINA TERRITORIALE

Ottobre 2022

GRUPPO DI LAVORO

**Roberto Caputo**, Vicepresidente Nazionale FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri e referente FIMP Lombardia

**Corrado Celata**, Dirigente presso la Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della Salute e Screening della UO Prevenzione di DG Welfare di Regione Lombardia

**Michele Conversano**, Direttore del dipartimento di prevenzione ASL Taranto e past presidente SITI, Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

**Antonio D'Avino**, Presidente FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri

**Anna Teresa Ferri**, Dirigente scolastico ICS Rinnovata Pizzigoni, Milano

**Damiano Fuschi**, Professore di diritto pubblico comparato presso il Dipartimento di Diritto Pubblico italiano e Sovranazionale dell'Università degli studi di Milano

**Luigi Greco**, Responsabile Nazionale e per la Regione Lombardia della formazione Si.M.Pe.F. - Sindacato Medici Pediatri di Famiglia

**Giovanni Iacono**, Vicepresidente nazionale vicario Federsanità

**Chiara Ponzini**, Priorità alla Scuola Milano

**Anna Scavuzzo**, Vicesindaco e Assessora Istruzione Comune di Milano

**Chiara Spinato**, direttore generale dell'Health City Institute

PER FONDAZIONE THE BRIDGE

**Rosaria Iardino**, Presidente

**Luisa Brogonzoli**, Responsabile Centro Studi

**Chiara Crepaldi**, Ricercatrice Senior

**Eva Massari**, Ricercatrice focus ambito istituzionale

**Sergio Milano**, Responsabile Relazioni Istituzionali e Comunicazione

## Sommario

GRUPPO DI LAVORO .....	1
PREMESSA.....	3
1   LA SALUTE COME DIMENSIONE SOCIALE E DI COMUNITÀ.....	4
La salute come bene individuale e comune .....	4
La città come luogo di salute e prevenzione .....	5
1.3. La salute degli adulti di domani.....	6
2   LA COLLABORAZIONE FRA PROFESSIONISTI, SERVIZI E COMUNITA' SCOLASTICHE cardine delle azioni di prevenzione e DI PROMOZIONE DELLA SALUTE a livello locale .....	8
Il contesto di riferimento.....	9
Problematiche e sfide.....	9
Possibili percorsi di innovazione proposti dagli stakeholder .....	10
LE DIVERSE PROSPETTIVE .....	11
Il punto di vista dei pediatri.....	11
Il punto di vista degli igienisti .....	12
Il punto di vista della scuola e degli insegnanti .....	13
Il punto di vista delle famiglie.....	14
Il punto di vista delle istituzioni.....	15
LA SCUOLA COME POSSIBILE SETTING VACCINALE .....	16
Il contesto di riferimento.....	16
Problematiche e sfide.....	16
3   POSSIBILI MODALITÀ PER UNA CONCRETA ATTUAZIONE .....	18
I NODI CENTRALI.....	18
Dal punto di vista culturale.....	18
Dal punto di vista organizzativo .....	18
Dal punto di vista normativo amministrativo.....	21
POSSIBILI DECLINAZIONI DI UNA MEDICINA SCOLASTICA TERRITORIALE: SPUNTI DI RIFLESSIONE .....	22
LE QUESTIONI APERTE .....	24

## PREMESSA

Quando si parla di medicina scolastica, nel suo ruolo di attività di prevenzione delle malattie e di promozione della salute destinate agli allievi della scuola dell'obbligo, ci si riferisce a un contesto multidisciplinare che deve tener conto di esigenze e competenze trasversali, in una logica secondo la quale il concetto di salute non faccia esclusivamente riferimento al singolo individuo, ma si collochi in un contesto più ampio che tenga conto del benessere collettivo come risultato anche della qualità dell'ambiente e degli spazi abitativi in cui le persone vivono. Si tratta dunque di un approccio *one health* che richiede, nella risposta ai bisogni dei cittadini, il rafforzamento di una rete strutturata e coordinata che deve essere reinterpretata, anche secondo i dettami del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo un nuovo modello di stampo prettamente territoriale e di prossimità.

Il riferimento normativo fondamentale sul versante sanitario è la legge 833/1978, la stessa che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, a cui vanno aggiunti gli altri provvedimenti normativi (ad es. il DPR 309/90 che ha istituiti i Centri di Informazione e Consulenza per la prevenzione a Scuola o – ultimo in ordine di tempo – l'Accordo Stato Regioni del gennaio 2019 per l'attuazione di Policy integrate per la promozione della salute a Scuola), ed è indubbio che, al di là di come le diverse applicazioni locali abbiano progressivamente modificato e in molti casi svuotato lo spirito del legislatore, si tratti di un insieme di norme anacronistico, disorganico e poco efficace nel far fronte ai cambiamenti sociosanitari intercorsi, che impongono un approccio strategico e partecipato capace di tener conto, per l'appunto, delle diverse esigenze attuali e che sappia in modo concreto approcciare le sfide dell'immediato, partendo dal punto cardine di come la scuola sia ritenuta, anche dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-25, un setting fondamentale per la promozione e la tutela della salute.

Fondazione The Bridge ha avviato nel 2021 un percorso sul tema della medicina scolastica volto a fotografare tanto lo stato attuale dell'arte, quanto a riflettere su quelli che potrebbero essere gli interventi di implementazione e miglioramento, e per farlo ha costruito un sistema multistakeholder fondato sul principio secondo cui le diverse professionalità e i diversi punti di vista siano necessari per un confronto ragionato e costruttivo su un tema di interesse comune. Il percorso seguito, superando la mera sommatoria di posizioni, è stato generativo di nuove idee e ha permesso di individuare alcuni spunti per un confronto ragionato e costruttivo.

Il documento di posizione qui presentato è il frutto di un lavoro svolto da un gruppo multidisciplinare, i cui componenti sono di seguito indicati, ed è il risultato della discussione fin qui svolta sul tema del rapporto tra scuola e salute e della promozione della salute in ottica preventiva nella scuola con la consapevolezza di come il tema sia in divenire e necessiti di ulteriori, future riflessioni che andranno di pari passo coi cambiamenti che interverranno nei prossimi mesi.

Affinché il tema possa essere progressivamente sviluppato, questo modello di lavoro dovrebbe essere ripreso e ripetuto a livello nazionale e, nell'essere sottoposto alle Istituzioni, assunto dagli Onorevoli Parlamentari come spunto per la creazione di un gruppo interparlamentare dedicato, attraverso il quale farsi garanti delle esigenze di sistema emerse dal lavoro qui presentato.

# 1 | LA SALUTE COME DIMENSIONE SOCIALE E DI COMUNITÀ

Al fine di delineare il perimetro del confronto avviato dal gruppo multistakeholder che ha contribuito alla stesura del documento, in questa prima parte vengono approfonditi dei temi chiave utili alla miglior comprensione del tema.

## LA SALUTE COME BENE INDIVIDUALE E COMUNE

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

- La nostra Costituzione definisce la salute come diritto inalienabile dell'uomo e la declina sia in termini di sostanziale benessere individuale sia nell'accezione di **interesse condiviso**. La pandemia ha accelerato la presa in carico di temi che pur non essendo di nuova generazione, tardavano a essere messi in pratica e implementati nel nostro Paese.
- Si parla oggi in chiave più consapevole di *one health*, ovvero di un approccio olistico assunto anche dall'Istituto Superiore di Sanità secondo cui la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono legate, e che promuove dunque un modello sanitario basato sull'integrazione di diverse discipline, tra cui la clinica, la veterinaria, l'ambientale e la sociale.
- L'esperienza pandemica ha in qualche modo contribuito a rendere più concreto e chiaro a tutti il concetto di salute sia come bene individuale quanto di bene comune e collettivo, assunto come oggetto di politiche multidimensionali e trasversali in *setting*<sup>1</sup> diversi, attraverso, ad esempio, azioni di prevenzione e promozione della vita sana di comunità, di rafforzamento delle relazioni e della solidarietà sociali, di attenzione alla salubrità degli spazi pubblici e ripensamento della progettualità urbanistica.
- Tale approccio, rispondente all'idea dell'*Health in All Policies*<sup>2</sup>, si inserisce nel contesto delle riforme e dei progetti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) volti a ridisegnare, in parte, il nostro sistema sanitario anche in tema di rivalutazione di ruoli e priorità nell'ambito della salute. Questo approccio è inoltre il principio ispiratore dell'Health City Institute, health tank indipendente, apartitico e no profit, nato come risposta civica alla necessità di studiare i determinanti della salute nelle città, e che trova espressione anche nelle

---

<sup>1</sup> Per *setting* si intende generalmente un contesto preciso all'interno del quale adottare specifiche attività o misure per ottenere risultati che abbiamo, poi, un impatto su tutto il sistema. *Setting* possono essere: la scuola, la comunità, il Comune e le città, l'ambiente ospedaliero etc.

<sup>2</sup> HiAP – salute in tutte le politiche: strategia elaborata dall'Unione europea nel 2006 e definita a livello internazionale dall'Osservatorio europeo sui sistemi e politiche sanitarie (*European Observatory on Health Systems and Policies*), come strumento attraverso il quale inserire il tema della salute nelle considerazioni politiche afferenti a tutti i settori che possano averne un'influenza.

attività di C14+, l'Osservatorio permanente sui determinanti di salute nelle città metropolitane e nelle maggiori città italiane.

In particolare, la Missione Salute (Missione 6) del PNRR<sup>3</sup> in tema di riorganizzazione sanitaria propone l'istituzione e implementazione di reti di prossimità e strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria, ed evidenzia il ruolo dei Comuni come enti potenzialmente preposti a qualificarsi quali presidi di promozione sanitaria. La strutturazione della rete territoriale e di prossimità include tra i suoi referenti anche la scuola, quale primo approdo per i giovani nella società estesa oltre la famiglia.

## LA CITTÀ COME LUOGO DI SALUTE E PREVENZIONE

- Nell'ambito di un approccio *One Health*, i contesti abitativi assumono un ruolo rilevante in una sua derivazione, ovvero nella chiave di *Urban Health*, secondo dunque l'orientamento strategico che prevede l'integrazione delle azioni volte alla tutela e alla promozione della salute nella progettazione territoriale, favorendo processi consapevoli e sostenibili di pianificazione e rigenerazione urbana.
- Nel contesto dell'*Urban Health* rientra anche lo *Urban Health Rome Declaration*,<sup>4</sup> un accordo sottoscritto alla fine del G7 Salute del 2017 dal Ministero della Salute e ANCI (Associazione Nazionale dei Comuni Italiani) e composto da 15 azioni a **favore della salute sostenibile nelle città** che comprende anche il concetto di salute come bene comune come *“obiettivo da perseguire sia da parte dei cittadini, sia dei sindaci e degli amministratori locali, che devono proporsi come garanti di una sanità equa, facendo sì che la salute della collettività sia considerata un investimento e non solo un costo.”*
- E ancora il **Piano Nazionale della Prevenzione**<sup>5</sup> richiama l'importanza del **“benessere” delle città** come contesti nei quali articolare il concetto la salute come bene comune. Il Piano individua dei setting nei quali *“è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione”*, e tra essi il **Comune** viene indicato come *super-setting*, quale Ente Locale all'interno del quale convergono tutti gli altri (scuola, ambiente di lavoro, comunità e i servizi sanitari stessi).

**LIMITE.** Il Comune, allo stato attuale può di fatto solo erogare servizi di tipo socioassistenziale<sup>6</sup>, o, nelle vesti del Sindaco, adottare atti di natura emergenziale. Le nuove politiche per la salute tendono però sempre più a essere caratterizzate da **pratiche di partnership a rete, sia tra enti della pubblica amministrazione sia con soggetti informali attivi mediante accordi programmatori e istituzionali**. In tale ambito il Comune può entrare a pieno titolo, anche perché i **piani sanitari regionali affermano la necessità della**

<sup>3</sup> M6C1 “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari”, PNRR, Missione 6, 2021.

<sup>4</sup> Ministero della Salute, ANCI, URBAN HEALTH ROME DECLARATION, Health in the Cities, 11 dicembre 2017.

<sup>5</sup> Ministero della Salute, il *Piano Nazionale della Prevenzione*, [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&id=5029](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=5029)

<sup>6</sup> definito in termini più specifici dal T.U.E.L..

**collaborazione tra aziende sanitarie ed Enti locali**, attraverso i piani attuativi locali, i programmi delle attività territoriali e i piani di zona. Le Conferenze dei Sindaci, ad esempio, sono passate nel tempo dall'essere organo consultivo ad organo con potere di adottare un programma di attività, anche sociosanitaria data la presenza del direttore del distretto. Questo potrebbe essere il luogo chiave nel quale avviare una riflessione sul tema territorializzazione delle attività di prevenzione e salute.

- L'OMS ha sottolineato l'opportunità che i centri urbani<sup>7</sup> si dotino di un'unica autorità accentrata che, avendo come referente il sindaco, abbia il potere di assumere decisioni trasversali alle diverse politiche - dalla pianificazione urbana ai trasporti alla sanificazione ambientale -, affinché venga garantito il rispetto della salute della popolazione. L'Health City Manager potrebbe essere il soggetto adatto chiamato a guidare i comuni verso un modello di città in salute che vedano proprio nella salute una risorsa capitale per lo sviluppo sociale, economico e personale dei cittadini.
- L'accelerazione nella direzione dell'attribuzione ai Comuni di un ruolo chiave nella rete dei servizi che promuovono salute è avvenuta sulla spinta delle problematiche gestionali emerse dopo la prima ondata della pandemia. Nel luglio 2020, i Presidenti di ANCI e Federsanità e la Confederazione Federsanità ANCI Regionali hanno siglato un accordo al fine di programmare azioni efficaci di integrazione di servizi e compiti. Tra gli obiettivi dell'Accordo vi era la creazione di una *Welfare Community*, con la valorizzazione del ruolo dei sindaci nella promozione della costruzione del welfare locale basata su un approccio collaborativo, individuale e collettivo, che massimizzi la partecipazione di tutte le componenti valoriali. L'*organizzazione a rete dei servizi* sanitari e sociosanitari, ampliata col coinvolgimento degli attori non sanitari, grazie alla programmazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato dovrebbe portare nella direzione di una migliore organizzazione, fruizione ed erogazione sul territorio dei servizi sanitari e sociosanitari.

### 1.3. LA SALUTE DEGLI ADULTI DI DOMANI

- A occuparsi della salute dei ragazzi che rientrano nella fascia di età tra gli zero e i 14 anni, 16 nel caso di patologia cronica o disabilità, è il Pediatra di libera scelta (PLS), una figura unica nel panorama europeo il cui obiettivo, insieme a quello della cura, è quello di fare prevenzione e informazione alle famiglie riguardo la salute e gli stili di vita.<sup>8</sup>
- In chiave *One Health*, questo obiettivo si esplica inoltre nella comprensione delle **ricadute a livello di comunità delle scelte individuali** e in questo senso, soprattutto negli ultimi tempi, molta attenzione è stata data al supporto informativo sulle campagne vaccinali. I pediatri di famiglia, **proprio** in relazione all'età degli assistiti, diventano centrali anche nel contesto della medicina scolastica che sull'integrazione tra scuola e cultura pediatrica si fonda.

<sup>7</sup> Il riferimento è a tutti i luoghi collettivi di aggregazione sociale e produttiva affinché l'ambiente costruito sia frutto di scelte culturali e politiche e luogo di interazione e di integrazione tra spazio e territorio.

<sup>8</sup> In base alla normativa vigente (in tal senso, si veda l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni del 2016).

- Il pediatra lavora in collaborazione con le diverse figure sul territorio attente, in ragione al loro ruolo formale (operatori dei servizi aggregativi culturali e sociali, esponenti del mondo del volontariato, ecc.) e/o informale, in quanto figure naturali di riferimento, alla salute dei giovani, per la maggior parte studenti, che assiste. In questa chiave il PNRR impone un progetto di ripensamento delle cure primarie e dei servizi sociosanitari territoriali e di prossimità; in tale percorso la ridefinizione del classico concetto di medicina scolastica può diventare parte di un progetto concretamente innovatore. Allo stesso modo, il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, consolidando l'attenzione alla centralità della persona e delle comunità nella promozione del benessere e della salute individuale e collettiva, ribadisce in merito al rafforzamento dell'azione preventiva (fondata su chiari presupposti metodologici che ne garantiscano appropriatezza, impatto e sostenibilità) l'approccio per setting (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città) come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione. Accanto a questo viene valorizzata l'implementazione di politiche *life course*, per puntare al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza. In questo quadro, la salute a scuola è da considerare un aspetto trasversale a molteplici ambiti, permeante cioè le politiche scolastiche, l'ambiente fisico e sociale, nonché i contenuti didattici formativi. Adottare un approccio olistico, intersettoriale e integrato, inoltre, faciliterebbe anche il passaggio dal pediatra al Medico di Medicina Generale, colmando un gap considerato critico in ambito clinico soprattutto in presenza di gravi patologie e rispetto alla prevenzione; in altre parole, la complessa età dai 14 ai 18 anni verrebbe parzialmente coperta contestualmente da un referente pediatrico e da un referente di medicina generale.

Un altro importante elemento di spunto che spinge a prestare maggiore attenzione a un rinnovato modello di medicina scolastica, orientato alla promozione della salute e al protagonismo di tutti i soggetti in gioco (a partire dai giovanissimi studenti), è rintracciabile nella *health literacy* specifica da cui si evince che l'Italia ha uno tra i più bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria in Europa.



## 2 | LA COLLABORAZIONE FRA PROFESSIONISTI, SERVIZI E COMUNITA' SCOLASTICHE CARDINE DELLE AZIONI DI PREVENZIONE E DI PROMOZIONE DELLA SALUTE A LIVELLO LOCALE

Il cambiamento di prospettiva dal sistema *sanità-centrico* al modello *salute-centrico* fa della salute sempre più un prodotto che assume una valenza anche sociale e culturale.

Il cambiamento di paradigma pare ormai evidente anche nelle sue ricadute normative e gestionale, come emerge chiaramente dall'approccio promosso dal DM77<sup>9</sup> o recepito per esempio in Lombardia dal DGR XI / 6760<sup>10</sup> del 25/07/2022 che intende ribaltare l'usuale archetipo nel promuovere un approccio corresponsabile fra tutti gli attori in gioco di fronte alle diverse forme di disagio e/o devianza manifestati a scuola da preadolescenti e adolescenti.



FIGURA 1. RIVISITAZIONE DELLA "PIRAMIDE" DELLA SALUTE DEL PROF. TRIANI (A CURA DI C. CELATA)

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 ha consolidato l'attenzione sulla centralità della persona nella promozione del benessere e della salute, promuovendo l'approccio per setting come strumento facilitante le azioni di promozione della salute di prevenzione *life course*. In tale prospettiva la scuola è considerata un setting chiave **per il suo** intrinseco contesto di alfabetizzazione sanitaria e promozione della salute, ben rappresentato dall'ampiezza e pregnanza di specifici contenuti didattici in alcune materie, alla salubrità dell'ambiente fisico, alle problematiche sanitarie e sociosanitarie che possono impattare sulla vita scolastica e la qualità dell'apprendimento da parte degli studenti, alla scuola come luogo di promozione della salute e di prevenzione. La scuola, contestualmente **attore istituzionale** e **soggetto educativo** in un **contesto comunitario**, svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo di percorsi di promozione e prevenzione che va ben oltre le specifiche iniziative che in essa si programmano/realizzano grazie all'intervento specialistico. L'integrazione della scuola nella comunità locale e il legame tra la comunità scolastica, le famiglie, gli Enti locali e i servizi sanitari del territorio, favorisce la disseminazione delle azioni realizzate a scuola contaminando gli altri setting comunitari.

<sup>9</sup> DM 23 MAGGIO 2022, N. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale.

<sup>10</sup> DGR XI / 6760 del 25/07/2022 relativa alla Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del DM77.

## IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La medicina scolastica nasce in Italia nel 1961, grazie ai DPR 11 febbraio 1961, n. 264 e 22 dicembre 1967, n. 1518. Il servizio di medicina scolastica comprendeva la profilassi, la medicina preventiva, la vigilanza igienica, il controllo dello stato di salute di ogni scolaro e si avvaleva della collaborazione della scuola nell'educazione igienico-sanitaria.

Nel tempo però la medicina scolastica ha perso funzioni e applicazioni, una realtà che è lentamente scomparsa in seguito alle riforme che hanno portato da un lato alla aziendalizzazione della sanità e dall'altro all'introduzione del pediatra di libera scelta, che ne ha di fatto assorbito le funzioni. La gestione di una serie di problematiche a valenza sociosanitaria, preventiva e di salute a livello comunitario è tuttavia rimasta senza una specifica definizione né un riferimento territoriale.

Eppure, la funzione un tempo svolta dalla medicina scolastica di implementazione di azioni di promozione della salute pubblica e di prevenzione a livello comunitario potrebbero oggi tornare ad assumere un ruolo determinante nel tutelare allo stesso tempo la salute del singolo e della comunità in cui vive, riducendo il rischio di nuove pandemie e i costi sociali conseguenti.

## PROBLEMATICHE E SFIDE

I lavori condotti hanno portato a una prima generale constatazione, ovvero una convergenza di intenti e desiderata a fronte di una frammentazione delle risorse e competenze necessarie, e una scarsa chiarezza nella definizione di attori, ruoli e configurazione di reti e partnership. Infatti, da un lato, docenti e genitori imputano alla scuola di non dare effettiva attuazione agli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione, che pure le sono riconosciuti e attribuiti normativamente dal Piano Nazionale della Prevenzione. Dall'altro, i sindaci, accusando una mancanza di chiarezza circa le responsabilità attribuite in primo luogo ai comuni per la tutela della salute, palesano la necessità di linee di indirizzo comuni e partecipate, che mettano in collegamento il mondo sanitario, le istituzioni scolastiche, e più in generale il mondo dell'istruzione, e le comunità locali. L'incongruenza tra aspettative e stato dell'arte nella tutela della salute dei cittadini può essere anche vista come la manifestazione di un più ampio divario tra una domanda di salute organica e una risposta che talvolta pare sporadica, poco articolata ed eterogenea.

A partire dalla carenza di comunicazione tra chi si occupa della salute, chi della scuola e chi dell'amministrazione del territorio, i diversi stakeholder coinvolti nei due anni di lavoro si sono trovati concordi nel ritenere utile la creazione di una rete di figure professionali e servizi diversi, fondata sul coordinamento tra le parti, collegata con il territorio e le sue istituzioni (ad esempio la scuola e il Comune) e in grado di ottimizzare le risorse presenti nella comunità per generare risposte efficaci e prossime alle esigenze di salute.

Per quanto riguarda gli obiettivi e le sfere di competenza, gli enti locali ritengono le azioni di prevenzione come strumenti massimamente efficaci per incidere sui determinanti di salute dei cittadini; similmente, i docenti e i genitori considerano la scuola un contesto favorevole per progettare momenti di educazione sanitaria indirizzati agli studenti, con particolare riferimento alla prevenzione. In questo senso, gli interessi della scuola e del Comune possono convergere,

generando opportunità di collaborazione in termini di progettazione e realizzazione degli interventi.

## POSSIBILI PERCORSI DI INNOVAZIONE PROPOSTI DAGLI STAKEHOLDER

La medicina scolastica potrebbe oggi assumere diverse sfumature e funzioni per rispondere alle evidenti carenze del sistema sanitario e sociosanitario emerse con chiarezza nell'ultimo biennio.

Partendo dalle riflessioni emerse durante i lavori rispetto alle carenze e alle potenzialità del sistema attuale, e dalle esperienze in atto in altri Paesi (da considerare alla luce della specificità del nostro paese che può contare, unica realtà in Europa, sulla pediatria di libera scelta), la funzione che la medicina scolastica potrebbe svolgere è dunque quella legata:

- alla prevenzione e promozione dei corretti stili di vita in età infantile, e in modo specifico nelle fasi adolescenziali, funzione oggi non coperta in maniera continuativa né dal pediatra di libera scelta che ha in carico i minori solo fino ai 14 anni (o 16 in caso di cronicità o disabilità), né dal medico di medicina generale né dai servizi della rete sociosanitaria territoriale, tradizionalmente strutturata a "canne d'organo" per competenza specifica (consultori per relazioni e sessualità; SerD per dipendenze; Neuropsichiatria Infantile sul versante del disagio mentale /o dei disturbi di apprendimento ecc.); alla realizzazione di iniziative di promozione della corretta alimentazione e dell'igiene personale a livello individuale, che, se realizzati in un contesto caratterizzato per mission inclusiva ed educativa, per osmosi hanno le potenzialità di produrre un impatto rilevante sulle famiglie e la comunità di riferimento;
- all'alfabetizzazione sanitaria, intesa come l'insieme delle strategie che consentono ai giovani di costruirsi una cultura sanitaria autonoma e consapevole e di assumersi – in questo caso nella prospettiva della promozione della salute - responsabilità propositive riguardo la propria salute e di quella della collettività. Queste piste di lavoro potrebbero configurarsi sia come strumento per l'assimilazione di competenze e conoscenze in materia di salute sia come elemento di un più ampio progetto di educazione alla cittadinanza, come previsto dalle Linee Guida per l'insegnamento dell'educazione civica, che tra le altre cose tocca il tema del rispetto dei diritti fondamentali delle persone, primi fra tutti la salute e il benessere psicofisico. Formare i giovani funge inoltre da volano per l'intera società poiché le conoscenze acquisite vengono discusse e trasferite in ambito familiare;
- al divenire un punto di riferimento vicino ai ragazzi in tema di salute mentale e disturbi alimentari, e un punto di riferimento per insegnanti e direzione scolastica in tema di gestione all'interno della scuola dei ragazzi che hanno problemi di salute che richiedono interventi in orario scolastico o adattamenti delle modalità di apprendimento;
- all'assumere un ruolo attivo nella prevenzione attraverso l'implementazione interventi mirati, come nell'ambito della profilassi vaccinale, sia in termini di informazione e sensibilizzazione, per la promozione di una cultura vaccinale consapevole e indipendente tra gli studenti, sia in termini di somministrazione, configurandosi come possibile setting vaccinale.

In questo senso va valorizzato ulteriormente, in linea con gli obiettivi strategici del Programma predefinito 1 – Scuole che Promuovono Salute – previsto nel Piano Nazionale della Prevenzione, l'adozione, la declinazione e l'implementazione a livello nazionale, regionale e

locale il Modello europeo *Health-Promoting Schools* (SHE), già declinato in Italia a partire dalla prima decade degli Anni 2000, nell'approccio strategico "Scuola che Promuove Salute", in cui la Scuola assume titolarità nel governo dei processi di Salute (e quindi nella definizione di priorità, obiettivi, strumenti, metodi) che si determinano nel proprio contesto – sul piano didattico, ambientale- organizzativo, relazionale – così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche.

Interpreta in modo completo la propria mission formativa: la salute non è un contenuto tematico, portato nella scuola da esperti esterni di varie discipline, ma un aspetto che influenza significativamente il successo formativo, nell'ambito di una completa dimensione di benessere, e come tale deve costituire elemento caratterizzante lo stesso curriculum...

Definisce i propri curricula di studio e mette in atto un piano strutturato e sistematico funzionale alla promozione della salute di tutta la comunità scolastica

Questo approccio ha trovato ulteriore slancio nella formalizzazione dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente "Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute" del 17.01.2019<sup>11</sup>.

## LE DIVERSE PROSPETTIVE

### Il punto di vista dei pediatri

- La scuola, per natura l'arena della cultura e della scienza, può innanzitutto diventare il luogo dove fare cultura, prevenzione, alfabetizzazione sanitaria e promozione della salute anche in termini intergenerazionali (rivolta non solo agli studenti, ma anche agli insegnanti e ai genitori). L'emergenza Covid ha insegnato quanto importante sia **lavorare sulla cultura della salute e del benessere**. L'ambito scolastico può divenire un **luogo di educazione e confronto**, a partire da una necessaria alfabetizzazione sanitaria, non solo nell'ambito delle materie scientifiche, ma anche nella nuova programmazione dell'**educazione civica** recentemente reintrodotta nei programmi quale materia scolastica.
- In un contesto come quello attuale dove è fondamentale **prestare attenzione all'uso delle risorse, occorre evitare la duplicazione di attività in capo a diversi soggetti**; in alcune realtà regionali la medicina scolastica esiste e funziona, in altre l'organizzazione è delegata al singolo istituto, in altre è inesistente. È quindi fondamentale, date linee guida comuni, svolgere una mappatura dei professionisti e dei servizi già erogati e che venga sviluppato un coordinamento tra i diversi soggetti coinvolti. Accanto a questo è indispensabile curare la coerenza di tutte le azioni e i programmi informativi e preventivi, in modo da evitare, pur salvaguardando pluralismo e libertà di espressione anche delle minoranze, la costruzione di una cultura della salute concreta e positiva, capace di arginare fake news, approcci antiscientifici ecc.
- Al momento i pediatri di famiglia, tranne sparute eccezioni, sono abituati a relazionarsi con la scuola in merito a specifiche problematiche sanitarie di singoli studenti, spesso in maniera informale e al di fuori di una organizzazione strutturata. **Il ruolo del pediatra delle cure primarie a scuola potrebbe svilupparsi positivamente nell'ambito di una azione concertata e**

<sup>11</sup> Consultabile alla pagina: <http://www.regioni.it/sanita/2019/01/24/conferenza-stato-regioni-del-17-01-2019-accordo-tra-il-governo-le-regioni-e-le-province-autonome-di-trento-e-bolzano-sul-documento-concernente-indirizzi-di-policy-integrate-per-la-scuola-che-prom-593590/>

**condivisa tra il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione e a livello territoriale tra gli assessorati alla salute e gli uffici scolastici regionali.** I compiti del pediatra territoriale a scuola dovrebbero poi essere dettagliati nel **contratto collettivo nazionale**. Da questo punto di vista, un possibile modello organizzativo potrebbe trarre ispirazione dalle forme associative esistenti, con sede di riferimento.

Con un tale sistema la dimensione della prevenzione assumerebbe un ruolo specifico e sarebbe possibile gestire meglio particolari situazioni a rischio sociale, non solo nello studio, ma anche in altri contesti del territorio, dedicando un'attenzione specifica alle famiglie più vulnerabili, che, come è noto in letteratura, presentano patologie strettamente legate a condizioni di disagio socio-ambientale. In sintesi, la Pediatria di famiglia vuole elevare il livello qualitativo degli studi professionali, potenziandoli tutti con personale di supporto, per realizzare modelli di prossimità in cui la capillarità garantisce una reale risposta ai bisogni assistenziali dei bambini e degli adolescenti.

### Il punto di vista degli igienisti

Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 definisce la **scuola come setting dove promuovere la salute**, e per arrivare a declinare operativamente questa prospettiva, auspicabile secondo l'opinione espressa dagli igienisti, in linea quindi con quella espressa dagli altri stakeholder, occorre agire su diversi piani:

- coinvolgere le **scuole** nelle tematiche della tutela della salute e l'importanza della prevenzione promuovendo azioni formative ed educative rivolte ad insegnanti, studenti e genitori;
- coinvolgere attivamente gli **studenti** in iniziative volte a maturare consapevolezza sulle scelte legate alla propria salute e ai propri stili di vita;
- coinvolgere i **genitori** nell'affrontare le tematiche inerenti alla diffidenza nei confronti delle vaccinazioni in età pediatrica, promuovendo incontri con igienisti e pediatri volti ad affrontare la dimensione dell'impatto individuale e di comunità delle azioni preventive;
- promuovere un **rapporto più organico tra le scuole, i dipartimenti di prevenzione delle ASL e l'università**, coinvolgendo i docenti universitari di igiene in percorsi di collaborazione con i dipartimenti di prevenzione, volti a creare un programma formativo organico che possa prendere il posto dell'attuale modalità di realizzazione di percorsi formativi ed informativi a scuola fatta essenzialmente di incontri sporadici e non continuativi. Si potrebbero immaginare programmi strutturati su tematiche quali l'alimentazione, l'attività fisica, le malattie infettive e le vaccinazioni.
- coinvolgere i **sindaci**, nella loro veste di autorità sanitarie locali, nello sforzo coordinato di promozione della salute, che vede le Aziende Sanitarie Locali quali soggetti da loro delegati nella realizzazione di azioni di tipo preventivo o di sanità pubblica. Le scuole peraltro fanno parte del patrimonio dei Comuni, che sono quindi chiamati a gestirne gli spazi e le attrezzature insieme ai dirigenti scolastici con gli enti locali;
- attivare a **livello regionale** Dipartimenti di prevenzione a supporto delle scuole, sul modello di quello promosso da Regione Puglia;

- promuovere un **rafforzamento tra le istituzioni** che hanno competenze sul tema, arrivando possibilmente a sviluppare un piano strategico comune tra sanità, enti locali ed ufficio scolastico regionale.

Un **nuovo modello di medicina scolastica** potrebbe essere immaginato in uno spazio scolastico (nelle leggi attualmente vigenti è obbligatorio ancora l'ambulatorio medico/infermeria), per un bacino d'utenza di 2-3 direzioni didattiche. Lo staff potrebbe comprendere l'**assistente sanitario scolastico e/o l'infermiere scolastico**, quali figure incardinate nel dipartimento di prevenzione dell'ASL, senza la presenza diretta del medico.

In questo **nuovo modello di medicina scolastica** la scuola potrebbe diventare oltre a luogo di promozione della salute e di somministrazione di farmaci agli studenti in orario scolastico anche un setting vaccinale, come avviene in molti paesi europei. In Italia tradizionalmente le vaccinazioni sono delegate ai centri vaccinali e ai medici di medicina generale per gli adulti e gli anziani e ai pediatri di libera scelta per i bambini, ma i dati evidenziano che nella maggior parte dei paesi che adottano politiche di vaccinazioni a scuola le coperture per le **vaccinazioni dell'adolescenza** sono molto più elevate, perché la scuola è un ambiente che ben si presta per fare informazione, promozione ed effettuazione di interventi mirati di prevenzione. In tale contesto gli igienisti ritengono importante, in chiave di protezione comunitaria, promuovere a scuola anche campagne informative sulla rilevanza delle vaccinazioni antiinfluenzali, possibilmente sostenute da raccomandazioni a livello nazionale o per lo meno regionale. La somministrazione per via nasale renderebbe peraltro molto più semplice da un punto di vista pratico e normativo la stessa somministrazione dei vaccini in ambito scolastico, come già avviene in altri paesi in Europa.

### Il punto di vista della scuola e degli insegnanti

Insegnanti e dirigenti coinvolti nel percorso progettuale biennale fin qui realizzato sono prevalentemente concordi nell'affermare che la scuola sia un contesto che può mettere in pratica un'efficiente promozione della salute a beneficio della comunità e convinto dell'efficacia del contesto scolastico come luogo privilegiato nell'espletamento di tale funzione.

- Riguardo **alle aree e gli strumenti** che la scuola ha direttamente a disposizione per fare della scuola un contesto attento alla salute sono stati evidenziati sia in **azioni di natura educativa**, intese come attività curriculari in tema di salute (ad esempio come elemento di educazione civica), che di **natura organizzativa**, ad esempio una sana alimentazione a scuola, la presenza di attività fisica, l'adattamento degli spazi, ambienti salubri e liberi dal fumo, come ambiti in cui si può sostanziare un intervento per la salute a scuola.
- A fronte di ciò emerge la criticità legata al fatto che questi ambiti di interventi siano attualmente affidati **principalmente al governo dei singoli istituti** in virtù del principio di autonomia che caratterizza ogni istituzione scolastica e, per questo, distribuiti in modo disomogeneo con un certo grado di dispersione e varietà circa le modalità e le partnership per l'erogazione del servizio.
- Pur esistendo un accordo nell'assumersi il ruolo, emerge altresì **l'impossibilità della scuola ad occuparsi da sola di un compito così trasversale e di responsabilità** come quello della promozione della salute. Vengono auspiccate **l'introduzione di linee, strumenti e materiali uniche e centralizzate**, un'adeguata **formazione specifica** (per dirigenti e docenti), così come **l'organizzazione di una rete di collaborazione con specialisti e servizi sanitari del territorio e i Comuni**, basata su una organizzazione articolata e sistematica che parta dal territorio, secondo

un'ottica di prossimità al cittadino, coinvolgendo una pluralità di soggetti con competenze diverse. La necessità di collaborazione sul territorio in ambito di salute si può sostanziare anche nella **creazione di un raccordo con i servizi sanitari intesi come aziende sanitarie del territorio, case della salute, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di comunità** e una serie di figure sociosanitarie ovvero **psicologi, assistenti sanitari, educatori professionali, assistenti sociali, psicopedagogisti**, come strumento efficace per consentire alla scuola di promuovere la salute. Il servizio **potrebbe inoltre svolgere una funzione di raccordo tra studenti, famiglie ed insegnanti e la rete dei servizi del territorio** in particolare a supporto delle **molte situazioni di disagio, vulnerabilità e fragilità** che faticano ad accedere ai servizi sanitari per mancanza di competenze linguistiche che ne rendono più difficile l'accessibilità.

Volendo provare a dare una definizione di ciò che insegnanti e docenti ritengano essere più calzante per il concetto di medicina scolastica, si potrebbe affermare che in prima battuta essa **coincida con l'erogazione direttamente a scuola di alcuni servizi sanitari** in collaborazione con il territorio o con l'offerta di attività di supporto o ascolto per gli studenti a cura di specialisti sanitari; seguono la presenza di personale medico a scuola e/o infermeria e l'idea di attività di sensibilizzazione e formazione rivolta agli studenti e, infine, la correlazione tra medicina scolastica e i servizi di sostegno rivolti a studenti con patologie invalidanti, quali ad esempio diabete, autismo, epilessia.

### Il punto di vista delle famiglie

Nonostante la maggior parte delle famiglie ritenga che al momento la promozione della salute e la realizzazione di interventi di prevenzione non siano obiettivi propri della scuola, non sembrano esistere dubbi circa un generale accordo sul riconoscimento alla stessa come **contesto per azioni di promozione della salute, di prevenzione e di mantenimento del benessere in ogni fase dell'esistenza**. Da questo punto di vista, salute e benessere in ambito scolastico vengono intesi in un'accezione ampia e trasversale a molteplici ambiti, permeante cioè le politiche scolastiche, l'ambiente fisico e sociale, nonché i contenuti didattici formativi.

- Da una parte, quindi, emerge **l'inadeguatezza da parte della scuola nel soddisfare un compito che le viene attribuito**, dall'altra, **l'esigenza che la salute e il benessere degli studenti e delle studentesse diventino vere priorità**.
- La maggiore criticità oggi, rispetto a progetti e servizi offerti, è da ricercarsi in **quadro nazionale che pare eterogeneo e dispersivo**, coinvolgendo figure professionali e servizi diversi, debolmente collegati tra loro e con una **scarsa, se non totalmente assente, integrazione con la medicina del territorio** e le sue strutture; il rischio attuale è dunque quello di generare una risposta sporadica e non organica ai multiformi bisogni di salute degli studenti.

Rispetto a quelle che, secondo i genitori, potrebbero essere le priorità, in una prospettiva futura, per rendere la scuola un ambiente sano e sicuro i punti ritenuti fondamentali sono stati la prevenzione e l'educazione sanitaria, l'implementazione di una rete tra scuola, comune e medicina territoriale e la creazione di un protocollo per la gestione delle emergenze degli studenti con patologie croniche, sono risultate essere prioritarie per la maggior parte del campione. Il medico scolastico potrebbe rivestire un ruolo chiave anche in tema di **informazioni alle famiglie**, che, soprattutto se straniere o appartenenti a contesto deprivati, possono avere grande difficoltà ad accedere ai presidi sanitari anche pediatrici. La **scuola potrebbe essere essa stessa una risorsa**

fungendo da canale informativo con le famiglie e la comunità locale in occasione di campagne a informative su larga scala.

Il punto di vista delle istituzioni

**Il Comune** in quanto responsabile della gestione dei locali delle scuole pre-primarie, primarie e secondarie di primo grado **potrebbe tornare ad assumere un ruolo importante nell'ambito della medicina scolastica**, come nella sua prima accezione, che lo vedeva interessato direttamente. Allo stato attuale può solo erogare servizi di tipo socioassistenziale<sup>12</sup>, o, nelle vesti del Sindaco, adottare atti di natura emergenziale, come è avvenuto nella gestione della fase pandemica.

**Il Manifesto promosso da Health City Institute**<sup>13</sup> delinea i 10 punti chiave che possono guidare le città nell'approfondimento dei determinanti della salute nei propri contesti urbani per promuovere strategie per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute dei cittadini: tra di essi al secondo e terzo posto si trovano il tema della **alfabetizzazione e accessibilità all'informazione sanitaria** per tutti i cittadini, per aumentarne il grado di autoconsapevolezza e al terzo la richiesta di **inserire l'educazione sanitaria in tutti i programmi scolastici, con particolare riferimento ai rischi per la salute nel contesto urbano**.

L'emergenza ha reso evidenti **le fragilità dell'organizzazione dei servizi sanitari nel nostro Paese**, soprattutto in conseguenza della **abolizione dei servizi e presidi medico-assistenziali di gestione comunale** che rendevano i servizi erogati "più vicini" ai cittadini. I Comuni, anche grazie alle **risorse messe a disposizione attraverso il PNRR**, possono oggi a giocare un ruolo molto più attivo nella configurazione, gestione e attuazione delle politiche sanitarie che interessano il territorio in risposta ai bisogni della cittadinanza.

Le nuove politiche per la salute tendono infatti sempre più a essere caratterizzate da **pratiche di partnership a rete**, sia tra enti della pubblica amministrazione sia con soggetti informali attivi mediante accordi programmatici e istituzionali. In tale ambito il Comune può entrare a pieno titolo, anche perché i piani sanitari regionali affermano la necessità della collaborazione tra aziende sanitarie ed Enti locali, attraverso i piani attuativi locali, i programmi delle attività territoriali e i piani di zona. Le **Conferenze dei Sindaci**, ad esempio, sono passate nel tempo dall'essere organo consultivo ad organo con potere di adottare un programma di attività. Questo potrebbe essere il luogo chiave nel quale avviare una riflessione sul tema territorializzazione delle attività di prevenzione e salute e su un possibile ruolo della medicina scolastica.

La medicina scolastica potrebbe quindi venire incardinata in una **rete territoriale di integrazione tra aspetti socioassistenziali e sanitari**, formata a partire dal *setting* Scuola e dal *setting* Comune, nel quale il Comune potrebbe assumere un ruolo centrale.

L'altro problema chiave da affrontare è oggi inoltre quello della **confusione di ruoli che ha portato ciascun attore (sanità, sociale, scuola ai diversi livelli) ad occuparsi di attività e progetti sui temi della salute in ambito scolastico, ma spessissimo senza alcuna regia**. Diventa urgente mettere a punto un assetto complessivo e un riordino dei ruoli e delle competenze di ciascuno nell'ambito di

---

<sup>12</sup> Definito in termini più specifici dal T.U.E.L.

<sup>13</sup> Si veda a tal proposito il Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica, consultabile alla pagina del Ministero della Salute [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3125\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3125_allegato.pdf)



**una regia pubblica consentirebbe di ottimizzare le risorse**, che sono limitate, e che devono essere oggi meglio distribuite.

## LA SCUOLA COME POSSIBILE SETTING VACCINALE

### Il contesto di riferimento

Fin da prima dell'emergenza Covid un tema importante nell'ambito della prevenzione è quello delle **vaccinazioni in età pediatrica**.

- Già il Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 aveva previsto che venissero avviate azioni specifiche per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e con bassa copertura vaccinale e che venisse elaborato un Piano di comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni. Il Nitag (National Immunization Technical Advisory Group), gruppo consultivo nazionale sulle vaccinazioni istituito presso il Ministero della Salute, lo ha poi integrato con le ultime raccomandazioni che sostanzialmente ne riaffermano il valore.
- Il Piano Nazionale Prevenzione vigente non fa più distinzione tra vaccini obbligatori e non obbligatori, considerando tutti i vaccini come fortemente raccomandati dalla società scientifica di pediatria. L'obbligatorietà ha solo a che fare solo con l'accesso alla scuola dell'obbligo: i minori che non hanno effettuati i vaccini obbligatori per l'accesso non vengono accettati a scuola, o vengono segnalati all'autorità sanitaria.

Quale ruolo potrebbe svolgere a scuola in tale contesto? Potrebbe diventare un presidio sanitario a tutti gli effetti dove fare **informazione** in ambito di prevenzione, senza proporre un approccio e senza svolgere una funzione di orientamento dei genitori verso una scelta o l'altra. Potrebbe dunque semplicemente promuovere un'azione di cultura sanitaria per **rendere tutti consapevoli di quali siano le opzioni**, in modo da consentire loro di scegliere liberamente con cognizione. Potrebbe però diventare anche un **setting vaccinale vero e proprio**, come è avvenuto in alcuni contesti durante l'emergenza Covid.

### Problematiche e sfide

Il piano vaccinale anti-Covid ha consentito di vaccinare ovunque, dalle farmacie ai centri commerciali, alle scuole ai tendoni, senza che ciò abbia portato ad eventi avversi di rilievo, e ciò potrebbe aver portato molti medici ad un cambio di prospettiva, e molte famiglie ad una smitizzazione della percezione della vaccinazione come azione pericolosa da svolgere solo in contesto ospedaliero o ambulatoriale.

L'ambiente scolastico potrebbe essere dunque un luogo privilegiato per la promozione e la realizzazione di una campagna vaccinale pediatrica antinfluenzale offrendo vantaggi clinici, sociali ed economici che porterebbero a risonanze positive sull'intera comunità. Tuttavia, per comprendere come facilitare la scuola in questo ruolo non affatto semplice, è fondamentale prendere atto di quelli che possono essere gli ostacoli, anche culturali, da superare.

In primo luogo, vi è certamente l'abitudine consolidata da parte dei medici stessi di vaccinare presso i propri ambulatori sfavorendo gli ambiti non propriamente sanitari. Questo atteggiamento

crea sicuramente disagio e difficoltà per i dirigenti scolastici, ai quali si trasmette la percezione di avere un grosso carico di responsabilità nella scelta di vaccinare a scuola, considerando anche la mancanza di spazi idonei (anche se quasi tutte le scuole dispongono ancora degli ambulatori, quale lascito della precedente medicina scolastica).

Quando si parla di vaccinazione, è imprescindibile pensare anche in chiave di informazione e sensibilizzazione, e in questo senso un esempio virtuoso riguarda la Puglia, in particolare la ASL di Taranto, che ha messo insieme la parte clinico/pratica a quella teorico/comunicativa. Già da un po' di anni, infatti, è stata ivi promossa una campagna di vaccinazione HPV agli adolescenti nelle Scuole di Taranto città che ha avuto esiti importanti: considerando le coperture vaccinali della coorte 2008 (al 31.12.2020) per ciclo completo di HPV (sia femmine che maschi), si sono raggiunte rispettivamente le coperture di 75,6% nelle femmine e di 65,5% nei maschi contro la media nazionale del 30,2% nelle femmine e del 24,2 nei maschi. Inoltre, attraverso il Piano Strategico per la Promozione della Salute nella Scuola, siglato tra la Regione e l'Ufficio Scolastico Regionale, da anni è avviata una importante campagna di promozione della salute nelle scuole di ogni grado, attraverso la proposta di un eterogeneo gruppo di progettualità riguardanti, tra le altre, la promozione della corretta alimentazione e l'attività motoria, il contrasto alle dipendenze, la promozione delle vaccinazioni e la prevenzione delle malattie infettive, la sicurezza stradale e domestica, il benessere mentale, la salute, l'ambiente.

### 3 | POSSIBILI MODALITÀ PER UNA CONCRETA ATTUAZIONE

Il disegno di un nuovo rapporto fra Cure primarie, Servizi sociosanitari e Scuola capace di superare i classici modelli di “medicina scolastica” del passato potrebbe assumere una prospettiva territoriale e di comunità e una configurazione capace di valorizzare le opportunità derivanti dalla attuale congiuntura favorevole che vede una attenzione forte sul tema sulla sanità territoriale. Tra le sfide che una nuova configurazione di questo campo di azione intersettoriale così strategico potrebbe affrontare vi sono aspetti di tipo culturale, organizzativo, normativo e amministrativo.

#### I NODI CENTRALI

Dal punto di vista culturale

- **La sfida dell’alfabetizzazione sanitaria: promuovere una comunicazione precisa, puntuale, accessibile a tutti**

Il Covid ha fatto riemergere prepotentemente il tema delle vaccinazioni ma ha portato con sé anche **criticità legate alle fake news** permeano in modo trasversale l’ambito sanitario.

Occorre individuare modalità di **promozione dell’alfabetizzazione sanitaria della popolazione** anche attraverso modalità di comunicazione semplici ma scientificamente corrette che affrontino i temi che vengono distorti con le fake news: la scuola luogo di apprendimento e di sviluppo delle competenze scientifiche tra i più giovani, rappresenta il contesto ideale anche come ponte verso le famiglie.

Dal punto di vista organizzativo

- **Ripensare un sistema di rete nell’ambito di un setting istituzionale capace di connettere le diverse istituzioni**

Dal punto di vista organizzativo si evince la necessità di sviluppare un sistema a rete attraverso partnership fondate sulla corresponsabilità.

La confusione di ruoli e la molteplicità di iniziative sulla prevenzione e promozione della salute realizzate da soggetti diversi nei contesti scolastici, richiede infatti un coordinamento e una messa a sistema nell’ambito della costruzione della rete, così come suggerito anche dal *Nitag* che invita a una coerenza nelle azioni locali, regionali e nazionali di informazione e comunicazione e di governo delle vaccinazioni.

Gli attori chiave da coinvolgere, parallelamente, all’interno di partnership intersettoriali e alleanze fondate sulla corresponsabilità dei diversi attori, sono numerosi perché oltre alla sanità e all’igiene pubblica a diversi livelli territoriali, occorre coinvolgere la scuola in ogni suo livello e grazie al riconoscimento del ruolo e del valore della presenza di tutti i suoi attori, da quello centrale alle singole istituzioni scolastiche e i Comuni, singoli e associati. A livello locale la **Conferenza dei**

**Sindaci** da questo punto di vista può rappresentare un ottimo snodo, perché coinvolge i settori del sociale, dell'educazione e del sociosanitario, promuovendo programmi di attività integrate., e potrebbe dunque essere un luogo chiave nel quale avviare una riflessione sul tema della territorializzazione delle attività di prevenzione e salute e su un possibile percorso di implementazione di nuove forme di medicina scolastica.

A livello regionale interviene nuovamente il modello pugliese, che nella sua progettazione potrebbe fungere da spunto anche in altri contesti. La nascita del Dipartimento prevenzione in Regione Puglia, che ingloba il settore "Igiene e sanità pubblica", è infatti un esempio virtuoso in tale direzione: il settore tiene i rapporti diretti con tutte le scuole del territorio per ogni ambito di interesse sanitario o di salute: vaccinazioni, medicina legale e ogni aspetto che a scuola ha a che fare con l'igiene scolastica e le malattie infettive. Si è sviluppato un rapporto stretto con i dirigenti scolastici e con i Comuni: il Dipartimento svolge un ruolo di mediazione tra gli enti locali e i dirigenti scolastici e un ruolo attivo nell'ambito delle Conferenze dei Sindaci. Questo sistema a rete è risultato decisivo per affrontare l'emergenza Covid.

➤ **Creare strumenti comunicativi 'centralizzati' omogenei a livello nazionale (o almeno regionale)**

La mancanza di un sistema di programmazione nazionale e locale orientato in ottica di rete (fra soggetti, come le singole scuole, caratterizzate da statuto e mission omogenee) e di partnership (capaci di col-legare attori appartenenti a settori differenti, ma interessati a fronteggiare insieme medesime sfide) rappresenta un elemento foriero di enorme e dissipativo dispendio di tempo da parte di tutti gli attori coinvolti. Ciò va considerato anche da un punto di vista operativo, laddove ciascun soggetto si trova oggi nella necessità di agire in proprio nella predisposizione di materiali informativi per comunicare importanti informazioni di salute pubblica alla cittadinanza. La mancanza di materiali standard predisposti dal livello centrale o regionale ha infatti costretto le scuole, o nei casi più virtuosi, i Comuni, a realizzare propri materiali comunicativi traducendoli nelle lingue delle etnie degli studenti iscritti.

Le campagne vaccinali antiCovid hanno accelerato l'utilizzo di strumenti digitali che in alcune aree italiane già venivano utilizzati a livello informativo e preventivo. Il Dipartimento di prevenzione pugliese per esempio, realizza da tempo dei toolbox informativi per facilitare la comunicazione con le famiglie del territorio regionale, che contengono facsimili di lettere, il disegno del percorso, e slide informative. Il modello è presente in diversi territori, come ad esempio, in Puglia, Sicilia (Trapani), Emilia-Romagna, Lombardia. Anche dove i materiali non sono stati utilizzati per promuovere la vaccinazione scolastica, sono stati utilizzati per fare educazione a scuola.

➤ **Sfruttare le nuove tecnologie per le attività di comunicazione, informazione e mantenimento della rete**

Il ricorso a strumenti telematici o social per comunicare con le famiglie può semplificare molto i processi informativi. Di nuovo il Covid ha rappresentato l'opportunità per accelerare il percorso verso l'innovazione. Dato che per due anni non è stato possibile fare azioni comunicative in presenza sono state sperimentate da molte scuole e da alcune istituzioni modalità comunicative nuove per raggiungere le famiglie. Gli incontri informativi, che prima venivano realizzati nelle aule

magne, sono stati realizzati in forma telematica, raggiungendo contemporaneamente migliaia di famiglie. In qualche realtà pugliese le informazioni, le brochure e i moduli di consenso informato per la realizzazione delle vaccinazioni anti covid sono stati inviati tramite le chat delle classi, come anche gli appuntamenti per le vaccinazioni delle classi presso gli hub o gli ambulatori vaccinali.

➤ **Sfruttare le opportunità offerte dalle riforme in atto e dal PNRR per configurare un nuovo modello di medicina scolastica territoriale**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) propone il riassetto dei presidi che compongono l'organigramma dell'assistenza territoriale, rafforzando legami tra figure e strutture preesistenti e innovando il comparto strategico di gestione della presa in carico dei pazienti e dei cittadini. In tale contesto l'ambito distrettuale va ad assumere una nuova centralità come declinazione delle aziende sanitarie locali, con una funzione di raccordo tra ospedali e territorio. Un aspetto importante previsto dal PNRR, è che dovrebbe creare la prima porta di accesso al SSN con standard uguali per tutto il paese, che dovrebbero consentire di superare la frammentazione dei 21 sistemi regionali.

È in questo contesto che si può inserire la medicina scolastica, sviluppandola secondo un approccio di rete e multidisciplinarietà nel quale la scuola può trovare i giusti riferimenti per poter essere supportata nella cura e nel benessere degli studenti. Eppure, il DM77, che pone al centro la comunità e il territorio, non fa se non due accenni, a un possibile ruolo della scuola in tale contesto.

La Casa della Comunità hub garantisce ... interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);

L'attività del Consultorio Familiare richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che posso contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Un buon esempio di concreta implementazione di un approccio supportivo da parte delle diverse Istituzioni e Servizi a vantaggio del rafforzamento della funzione educativa e preventiva della Scuola è il modello di intervento sperimentato fin dal 2016 in regione Lombardia per la gestione delle situazioni di "crisi" in ambito scolastico. Il dispositivo sperimentale è stato recentemente aggiornato con la DGR XI/6761 25 luglio 2022 di Regione Lombardia che – garantendo il coinvolgimento sinergico e collaborativo delle Direzioni Istruzione, Welfare, Giovani, Formazione professionale, Famiglia, Sicurezza - promuove un'alleanza per gestire le molteplici forme di disagio che si possono manifestare a Scuola, puntando a consolidare un approccio contenitivo ed educativo nella normalità scolastica delle problematiche di salute/disagio che non richiedano primariamente interventi specialistici e medicalizzanti (logica della "piramide ribaltata" già illustrata) accanto al rafforzamento di canali di comunicazione diretta e tempestiva fra dirigenti scolastici, docenti e personale dei servizi specialistici, in grado di favorire l'accesso e l'invio mirato delle situazioni effettivamente bisognose di interventi selettivi/indicati. Per quanto riguarda invece il potenziamento della rete territoriale la LR 20/2021 ha posto quale obiettivo chiave quella che è la finalità della missione 6 del PNRR, che va a potenziare tutta l'assistenza del pre e post ricovero. Prevenzione e medicina territoriale ne rappresentano il corollario che si realizzerà all'interno dei

distretti e nelle case della comunità. I distretti saranno, sedi fisiche che attraverso l'uso della medicina digitale e del rapporto con i sindaci del territorio diventeranno un luogo centrale per la cura dei pazienti, mentre le case della comunità che diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati affetti da patologie croniche, attraverso un pool di medici specialistici. Rispetto all'ambito del documento, la promozione della **de-ospedalizzazione** attraverso il potenziamento del ruolo del pediatra di famiglia sembra essere dunque il percorso da intraprendere: il concetto di prossimità per quanto riguarda l'infanzia può essere declinato di conseguenza in termini di **potenziamento della capillarità**, per dare a tutti gli assistiti la miglior assistenza possibile.

Obiettivo della riforma è di consentire al cittadino di **individuare una struttura di riferimento nel proprio territorio**. Ove possibile questa struttura potrebbe essere la Casa della Comunità anche per l'infanzia, ma **ciò non potrà avvenire dappertutto**. La **Federazione dei medici pediatri** non esclude le potenzialità di un coinvolgimento dei pediatri di famiglia all'interno delle Case della Comunità, dove potrebbero svolgere alcune attività, da definire; tuttavia, il 70% dei Comuni italiani ha meno di 5.000 abitanti e la costruzione di 1.000 case della comunità non riuscirebbe a rispondere al bisogno delle famiglie che abitano fuori dai grandi centri urbani. **Nelle aree interne e remote** il modello della medicina di gruppo in questi contesti potrebbe diventare la soluzione più efficace ed efficiente. In questo senso è fondamentale l'apporto che potrà venire dal nuovo DM77 che riordina l'assistenza territoriale.

Sarebbe inoltre molto utile, in particolare nelle aree interne o remote, **mettere in rete tutti gli studi professionali del territorio sia dei PLS che dei MMG**, immaginando inoltre una loro **connessione con le scuole del territorio**: un team di professionisti della salute quali ad esempio assistenti sanitari, educatori professionali, psicologi, assistenti sociali, con al centro la figura del pediatra accompagnato da altre figure, tra le quali una figura assimilabile a quella dell'infermiere di comunità, o dell'infermiere della medicina di gruppo o dei team creati ad hoc durante la pandemia per effettuare tamponi e vaccinazioni potrebbero ad esempio diventare **team mobili attivabili dalle scuole al bisogno**, in questo caso integrando opportunamente competenze psicopedagogiche

Dal punto di vista normativo amministrativo

➤ **La raccolta dei dati e il tema della privacy**

Una problematica molto rilevante e condivisa da tutti gli attori è legata al problema della disponibilità di dati necessari alla organizzazione dei servizi rivolti ai cittadini. Da un lato in Italia si registra una cronica incapacità di raccogliere i dati in maniera sistematica, dall'altro vi sono i limiti posti dalla normativa sulla privacy: i PLS, ad esempio, non possono contattare i bambini se le famiglie non hanno lasciato preventivamente il numero di telefono, e si pongono dunque rilevanti questioni che devono essere affrontate in modo molto tempestivo.

Per quanto attiene la disponibilità dei dati in Italia è stato introdotto da tempo il **fascicolo sanitario elettronico**, che dovrebbe consentire ad ogni soggetto di caricare le informazioni di cui dispone, e di scaricare quelle di cui ha bisogno per il suo intervento. Purtroppo, l'effettiva

funzionalità del fascicolo è, in gran parte delle regioni italiane, ben al di sotto delle sue effettive potenzialità.

Un buon esempio viene dal Comune di Milano e Regione Lombardia che hanno attivato il progetto ICARO, una piattaforma di interoperabilità tra Sanità Comuni della Regione Lombardia che prevede la registrazione delle nuove nascite direttamente dai Punti Nascita delle strutture Ospedaliere e la comunicazione diretta a tutti gli uffici che devono gestire gli aspetti burocratico amministrativi della vita delle persone nella città. Le informazioni sanitarie provenienti dai reparti maternità vengono caricate nel fascicolo del cittadino, e a cui hanno accesso i cittadini e i medici. Un sistema analogo potrebbe essere attivato anche per quanto attiene l'adesione agli obblighi vaccinali per i bambini che si iscrivono a scuola, per evitare che sia la famiglia a dover fornire l'informazione.

Per superare utilmente queste limitazioni, pur chiaramente motivate dalla volontà di proteggere le informazioni sanitarie più sensibili e rilevanti associate al profilo del singolo minore, potrebbe essere individuato e formalizzato con appositi provvedimenti legislativi nazionali all'interno del FSE un "set di dati – base", condivisibili e fruibili da tutti gli attori facenti parte delle reti/partnership formalizzate nella implementazione del Modello di intervento auspicato da questo documento.

#### ➤ **Le difficoltà di un sistema di governance multiattore e multilivello**

Il sistema italiano registra troppe sovrapposizioni di competenze fra i diversi attori istituzionali, che – unitamente alla caratteristica multiformità dell'azione dei diversi attori sociali presenti sul territorio (terzo settore, volontariato, associazionismo, cittadinanza attiva ecc.) rendono particolarmente macchinosa e spesso inefficiente l'implementazione coordinata delle diverse politiche. E' per questo opportuno un ripensamento anche in questa specifica prospettiva, in modo da individuare gli strumenti regolatori e operativi in grado di articolare utilmente strategie capaci di centralizzare quanto possibile, così come avviare percorsi di decentralizzazione capaci di riconoscere e valorizzare le peculiarità di specifici contesti e ambiti di intervento.

## POSSIBILI DECLINAZIONI DI UNA MEDICINA SCOLASTICA TERRITORIALE: SPUNTI DI RIFLESSIONE

Come si è visto in apertura, la medicina scolastica ha perso nel tempo funzioni e applicazioni e ciò pone nuove domande in merito a un ripensamento del suo ruolo, tema che va affrontato a livello istituzionale.

Riparlare di Salute a Scuola e di rapporto fra Servizi Sociosanitari e Scuola oggi significa innovare approcci, strategie e modelli organizzativi secondo declinazioni che si adattino al contesto culturale e alle caratteristiche territoriali del Paese. Fatta a scuola, la promozione della salute<sup>18</sup> può infatti generare benefici e ricadute positive non solo per gli studenti, ma anche per le famiglie e le comunità di appartenenza, per esempio grazie alla trasmissione di conoscenze dall'ambito scolastico a quello familiare. Formando e sensibilizzando gli studenti, avvicinando i servizi sociosanitari alla scuola e garantendo un ambiente salubre nel contesto scolastico, è possibile

incidere sui determinanti di salute<sup>19</sup> e assicurare maggiore equità nell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie, facilitandone l'accesso. Inoltre, la presenza o il collegamento della struttura scolastica con i servizi sanitari, potrebbe essere uno strumento prezioso per la presa in carico delle fragilità e per la gestione delle eventuali situazioni di emergenza sanitaria degli studenti, soprattutto con riferimento a quanti affetti da patologie croniche.

Nel proporre un nuovo modello sarebbe utile attingere alle nuove opportunità digitali introduce strumenti a supporto di un sistema di **collaborazione tra scuola, medicina territoriale e specialisti**. Unendo elementi di presenza a elementi virtuali, questo modello prevede ambulatori e locali di infermeria nell'ambiente scolastico con il coinvolgimento degli Enti locali, ma anche strumenti di telemedicina, per supportare i docenti nella gestione delle emergenze. Gli strumenti digitali possono essere utilizzati anche per attività di educazione sanitaria e prevenzione in remoto, con il coinvolgimento dei servizi sanitari territoriali, come il pediatra di libera scelta.

Oggi, dunque, non sarebbe più necessario avere un medico che fisicamente rimanga nella struttura scolastica, ma potrebbe configurarsi come una figura di riferimento per le scuole da attivare in caso di bisogno, magari con l'ausilio di un'app.

Dal punto di vista dei costi, inoltre, rendere la medicina scolastica digitale e inserendola all'interno delle reti territoriali redistribuendo il numero dei distretti e delle case della comunità, non apporterebbe un significativo aumento dei costi.

Le analisi realizzate offrono ulteriori spunti di riflessione e prospettive per delle possibili declinazioni di una offerta sociosanitaria rivolta alla scuola:

- l'intervento sanitario a scuola può diventare parte di un progetto di **ripensamento della medicina territoriale e dei servizi sociosanitari di prossimità**. L'istituzione di una **nuova figura professionale**, quella dell'infermiere di comunità, che si aggiunge e completa opportunamente la presenza di altre figure professionali sanitarie orientate al contesto e alla prevenzione (psicologi di comunità, assistenti sanitari, educatori professionali, assistenti sociali), può rappresentare un'opportunità da cogliere immaginando le condizioni che ne consentano l'interfacciarsi con la scuola e i pediatri di libera scelta e/o i medici di medicina generale che seguono gli studenti. La **figura del pediatra** potrebbe mantenere la sua **centralità anche nell'ambito di una nuova attenzione alla salute a scuola**, lavorando in un sistema a rete con i propri colleghi e in partnership in collaborazione con le diverse figure sul territorio incaricate della salute degli studenti;
- il pediatra di libera scelta può diventare, nelle Regioni dove la medicina scolastica non opera, il case manager ed il coordinatore di un'equipe costituita da personale infermieristico e dai collaboratori di studio.
- Per garantire il **raccordo tra problematiche sanitarie e sociosanitarie** e sociali, nella presa in carico degli studenti diventa essenziale la **collaborazione con il Comune** sia per quanto riguarda la gestione dei locali scolastici (con la possibilità di valorizzare il patrimonio immobiliare scolastico anche attraverso l'ospitalità a/di Servizi sociosanitari), sia per quanto riguarda l'interconnessione con le diverse dimensioni del concetto di salute nell'approccio One Health.
- Le scuole, in quanto luogo di convergenza di alunni e di genitori, rappresentano uno dei livelli della rete territoriale sanitaria di prossimità. La presenza di professionisti sanitari nel setting scolastico, accanto all'aspetto prettamente erogativo assume dunque una



importante dimensione sociale focalizzata sul perseguimento del benessere dei ragazzi che comprende i temi dello sviluppo di corretti stili di vita ed alimentari, il benessere psicologico, l'informazione sanitaria e il contrasto alle fake news, la diffusione delle conoscenze e la maggiore accessibilità ai vaccini.

- Sviluppo di una rete nazionale e locale, previo passaggio normativo. Immaginando servizi centralizzati a livello nazionale a favore delle scuole rispetto ai temi dell'informazione e della comunicazione, con la ideazione (strutturata in chiave educativa e pedagogica) e la realizzazione di Campagne, format didattici e sussidi multi-target (ad es. tradotti nelle diverse lingue), declinabili/integrabili a livello locale e all'interno della ordinaria programmazione curriculare nei diversi ordini e gradi scolastici. Gli attori in campo, che dovrebbero trovare modalità di collaborazione sono da un lato il Ministero della Salute e dall'altro il Ministero dell'Istruzione, coinvolgendo il mondo Accademico, Ordini e Associazioni professionali (in primis l'Associazione nazionale dei medici pediatri), il mondo della Comunicazione, i provider e i gestori del web (per il tramite delle competenti Autorità), e – non ultima, Anci. Il contestuale sviluppo delle reti locali troverebbe in questo modo cornici unitarie di riferimento, pur continuando a garantire il rispetto delle peculiarità territoriali e l'aggregazione “a km zero” delle forze presenti nei diversi territori.

## LE QUESTIONI APERTE

Vi sono delle questioni rilevanti, sulle quali si rende necessario attivare una riflessione istituzionale, che possono essere sintetizzate come segue:

- Sviluppare, nella logica del Modello europeo “SHE” e dell'Accordo Stato Regioni del gennaio 2019, una **strategia volta ad incrementare il ruolo della scuola** come setting di promozione della salute e luogo di prevenzione, considerata da tutti gli attori essenziale nell'attuale contesto, valorizzando il ruolo dei diversi attori che potrebbero offrire un contributo essenziale in tal senso.
- Identificare **indicazioni normative** per promuovere l'articolazione capillare di sistemi territoriale di collaborazione fra Scuole, rete dei Servizi sociosanitari e Cure Primarie (MMG e Pediatri) in ambito preventivo, nel pieno rispetto delle specificità, dei ruoli e delle risorse presenti sul territorio (approccio sussidiario).
- Valorizzare **le opportunità offerte dal DM 77**, consultando e coinvolgendo trasversalmente le diverse figure competenti sul territorio nella concretizzazione delle forme organizzative e nella definizione di procedure e protocolli di collaborazione intersettoriali e multistakeholder.
- Colmare il gap (a rischio di “discontinuità assistenziale”) determinato dalla incongruenza fra la definizione normativa di “età pediatrica” 0-18 per l'accesso in ospedale, contestualmente invece alla determinazione in 0 14/16 per fruire dell'assistenza del PLS.
- Identificare la rete di riferimento per l'articolazione dell'offerta sociosanitaria rivolta alla popolazione scolastica, con una precisa indicazione delle diverse professionalità e dei diversi ruoli secondo uno schema partecipativo e multidisciplinare.

- Declinare ruoli e competenze dei professionisti delle Cure Primarie (PLS e MMG), dei Servizi sociosanitari rivolti alla popolazione scolastica in chiave territoriale.
- Redigere linee guida ministeriali ad uso degli istituti scolastici per l'adozione del modello di "Scuola che Promuove la Salute".
- Istituzione di un intergruppo parlamentare che – in interazione con rappresentanti della salute, Università, Ordini professionali, Associazionismo familiare, rappresentanze studentesche ecc. - possa farsi garante dello sviluppo dei temi succitati.